



วารสารวิจัย การพยาบาลและสุขภาพ

Journal of Nursing and Health Research

ISSN 2985-1345 (Online)

Journal online

ปีที่ 24 เล่ม 3 กันยายน-ธันวาคม 2566

Vol.24 Issue 3 September-December 2023

วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ ซึ่งดำเนินการโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ในฉบับนี้เป็นวารสารปีที่ 24 ฉบับที่ 3 ซึ่งวารสาร ฯ ฉบับนี้กองบรรณาธิการได้รวบรวมบทความวิจัย จำนวน 9 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง รวมทั้งหมด จำนวน 11 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิจัยในสาขาการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยบทความวิจัยประกอบด้วย 1) การใช้บริการสุขภาพช่องปากวัยทำงานไทยในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) 2) ระดับความเครียดและการจัดการความเครียดเกี่ยวกับการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 3) ประสิทธิภาพของพ่อแม่ในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัย: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา 4) สถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ 5) การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล 6) ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน โรงพยาบาลน่าน 7) ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 8) พฤติกรรมป้องกัน การคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดเพชรบุรี 9) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในนักศึกษาพยาบาล และบทความวิชาการ ประกอบด้วย 10) การประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอยในการดูแลบุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูง และ 11) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกัญชา: การป้องกันปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน โดยในฉบับนี้ยังมีงานวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพที่หลากหลายในกลุ่มวัยต่าง ๆ ทั้งวัยเด็ก หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเยาวชนนักศึกษา ผู้ป่วยเรื้อรังทั้งจิตเวช มะเร็ง กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยรูปแบบการวิจัยมีหลากหลายเช่นกันทั้งการวิจัยเชิงพรรณนา การวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเพื่อพัฒนา ทั้งนี้ กองบรรณาธิการวารสารขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ช่วยพิจารณาบทความวิจัย/วิชาการดังกล่าวทั้ง 11 เรื่อง มา ณ โอกาสนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์จากการอ่านบทความที่ได้เผยแพร่ในวารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพในฉบับนี้และติดตามอ่านผลงานของวารสารอย่างต่อเนื่องต่อไป

อรัญญา นามวงศ์ RN, PhD.

บรรณาธิการ

สารบัญ Content	หน้า page
นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)	
การใช้บริการสุขภาพช่องปากวัยทำงานไทยในสถานการณ์แพร่ระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) Oral health service utilization of Thai working-age in pandemic of Coronavirus disease (COVID-19) วริษฐา พุ่มทอง, พินทรพจน์ พรหมเสน และ กฤษณะ จาตุรงค์ศรีมี Varittha Poomtong, Phinphot Phrommasen & Kridsana Jaturongrassamee	1-17
ระดับความเครียดและการจัดการความเครียดเกี่ยวกับการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 Stress levels and stress management related to pursuing higher education among Matthayomsuksa 6 students อวัชชัย เอกสันติ, กัลยาวีร์ อนนทจารย์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์พิพย์, รัตนากร นักทำเกวียน, วิยดา ตู่จำรูญ และ อนุชจิรา ผาณิต Wassana	18-31
ประสบการณ์ของพ่อแม่ในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัย : การวิจัยเชิงคุณภาพ แบบพรรณนา Situations of cardiac catheterization service processes in a private hospital in Southern Thailand จิตติวีร์ เกียรติสุวรรณ , พีรพรรณ อภิวงศ์วาร, พลอยพัชชา แก้ววิเศษ, ปริศนา นวลบุญเรือง , สุภาภรณ์ สมพาน, อรรวรรณ ผดุงการณ และ สมปรารถนา สุดใจนาค Jittavee Kiartsuwan, Peeraphan Apiwongwarn, Ploypatcha Kaewwiset, Prissana Naunboonruang, Supaporn Somphan, Orawan Phadungkarn,& Sompratthana Sudjainark	32-46
สถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ Situations of cardiac catheterization service processes in a private hospital in Southern Thailand ศิริทิพย์ ศิริพิทยา, ประภาพร ชูกำเหนิด และ ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา Sirintrip Siripitthaya, Prapaporn Chukumnerd & Pratyman Thiangchanya	47-60
การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล Development of a continuing care model for psychiatric patients in the community receiving tele-mental health services ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, วรภรณ์ ทินวัง, รัช รัชตระกูล, สมพิตร ทรายสมุทร, ณัฐริรา ทิวาโต และ ประภาศรี พงษ์มีผล Sriprapai Inchaiathep, Woraporn Thinwang, Ruk Ruktrakul , Sompit Saisamuth , Natira Tiwato & Prapasri Thungmepon	61-77

สารบัญ Content	หน้า page
ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงที่รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน โรงพยาบาลน่าน The effect of the readiness program on self-care behavior and quality of life among colorectal cancer patients receiving home-based chemotherapy, Nan Hospital วิภารัตน์ ฝิ่วอ่อน, ธัญญชยา วุฒิ และ ปรศนี ศรีกัน Viparuch Phiwon Phiwon, Tanchaya Wuthi & Pratsani Srikan	78-93
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน The effect of health literacy enhancing program on health literacy, hypertensive prevention behaviors, blood pressure and body mass index among pre-hypertension in the community วรัญญากรณ์ โนใจ, หทัยรัตน์ บรรณากิจ, เฉลิมพล กำใจ, อัมพร ยานะ และ เอกพันธ์ คำภีระ Warunyakon Nojai, Hatairat Bunnakit, Chalermpon Kajai, Amphorn Yana & Aekkaphan Khampeera	94-111
พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในจังหวัดเพชรบุรี The preterm birth preventive behaviors among pregnant women at risk of preterm birth in Phetchaburi Province ชลธิชา หอสุวรรณานนท์, ชุตินา เทียนชัยทัศน์, กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ และ เกศินี การสมพจน์ Chonticha Horsuwannanon, Chutima Teanchaithut, Kanokporn Aumpram & Kesinee Kansompoj	112-124
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในนักศึกษาพยาบาล Factors related to sodium consumption behaviors among nursing students ดลพร คำโด, พิมพชนก พงศ์พิมล, ดลนภา ไชยสมบัติ และ สุธินี นันทฤทธิ์ Donlapron Khamdo, Phimchanok Phongpimol, Donnapa Chaisombut & Suttinee Nuntarit	125-139
บทความปริทัศน์ (Review Article)	
การประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอยในการดูแลบุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูง The application of Roy Adaptation Model in nursing care for persons travelling to high altitude areas รัตนกร เจริญกุล, โยธกา เตชะปัญญา และ วรินทร์ จันทรมณี Ratanakhorn Chareonkul, Yotaka Techapanya & Varinthon Jantaramanee	140-152

สารบัญ Content	หน้า page
การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกัญชา: การป้องกันปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน Enhancing health literacy on cannabis: Preventing issues and health impact on the population พรปวีณ์ คำหลวง Pornpavee Khamluang	153-167

การใช้บริการสุขภาพช่องปากวัยทำงานไทยในสถานการณ์แพร่ระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

วริษฐา พุ่มทอง, ท.บ.^{1*}พินทรพจน์ พรหมเสน, ส.ม.²ภกษณะ จาตุรงค์ศรี, ศษ.ม.³

บทคัดย่อ

สถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพ รวมถึงการใช้บริการสุขภาพช่องปาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการใช้บริการสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาด และระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2562 และ 2564 ของวัยทำงานอายุ 15 -59 ปี จำนวน 38,077 คนและ 37,734 คน ตามลำดับ โดยมีผู้มารับบริการสุขภาพช่องปากจำนวน 2,703 คน และ 3,322 คน ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบการมารับบริการด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติแมนวิทนียู และวิเคราะห์ปัจจัยด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ ผลการศึกษา พบว่า 1) การใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยก่อนและระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และ 2) เพศ อายุ การศึกษา และรายได้มากกว่า 10,000 บาท มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากระยะก่อนการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และ พบว่า เพศ อายุ การศึกษา และรายได้ครัวเรือนทุกระดับมีความสัมพันธ์กับระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานเมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อในอนาคตได้

คำสำคัญ: การใช้บริการสุขภาพช่องปาก, วัยทำงาน, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วันที่รับ: 17 กรกฎาคม 2566 วันที่แก้ไข: 17 กันยายน 2566 วันที่ตอบรับ: 19 กันยายน 2566

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล putvarittha@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

³ นักวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Oral health service utilization of Thai working-age in pandemic of Coronavirus disease (COVID-19)

Varittha Poomtong, D.D.S.^{1*}

Phinphot Phrommasen, M.P.H.²

Kridsana Jaturongrassamee, M.Ed.³

Abstract

The COVID-19 pandemic significantly affected health service utilization, particularly oral health services utilization. This study aimed to compare the utilization of oral health services and the associated factors among Thai working individuals both before and during the pandemic. The research relied on secondary data obtained from the 2019 and 2021 Health and Welfare Surveys administered by the National Statistical Office. These surveys collectively covered 38,077 and 37,734 individuals, respectively, falling within the working age range of 15 to 59 years old. These figures were further categorized into oral health service utilization, with 2,703 and 3,322 individuals in each respective year. Descriptive statistics were utilized for the analysis of personal data, and Chi-Square and Mann-Whitney U tests were employed to compare health service utilization. Additionally, factors associated with oral health service utilization were examined through binary logistic regression. The study revealed the following findings: 1) There was a statistically significant difference in oral health service utilization before and during the pandemic ($p < .001$). 2) Gender, age, education, and family income over 10,000 Baht were significantly correlated with oral health service utilization before the COVID-19 pandemic ($p < .05$). Furthermore, gender, age, education, and all levels of family income exhibited significant correlations during the COVID-19 pandemic ($p < .001$). These results provided valuable insights for the development of plans to enhance oral health service utilization among Thai working-age individuals in the event of future outbreaks of infectious diseases.

Keywords: Oral health service utilization, Working age, Coronavirus disease (COVID-19)

Received: Jul 17, 2023 Revised: Sep 17, 2023 Accepted: Sep 19, 2023

¹ Specialist Level Dentist, Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai

* Corresponding author, E-mail: putvarittha@gmail.com

² Professional Level Public Health Academician, Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai

³ Researcher, Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือโรคติดต่อซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสที่มีการระบาดครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 2019 และมีการระบาดไปทั่วโลกเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระดับนานาชาติ (World Health Organization, 2020) อาการแสดงของโรคมักตั้งแต่นั้นเป็นไข้หวัดเล็กน้อยหรือมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ เช่น มีไข้สูง เจ็บคอ ไอ มีน้ำมูก ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ไปจนถึงปอดอักเสบอย่างรุนแรง บางรายอาจมีอาการเหมือนติดเชื้อในกระแสเลือด หรือการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายล้มเหลวบางรายอาจถึงแก่ชีวิตได้ โดยโรคนี้สามารถแพร่เชื้อจากคนไปสู่คนผ่านทางละอองฝอยจากระบบทางเดินหายใจเมื่อมีการไอและจาม ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการเพียงเล็กน้อยโดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกและในกลุ่มเด็ก วัยรุ่น และวัยทำงานที่มีร่างกายแข็งแรง จะไม่ค่อยมีอาการรุนแรงแต่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ (กรมการแพทย์, 2563)

ประชากรวัยทำงานเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ เป็นผู้นำครอบครัวและเป็นผู้ดูแลประชากรกลุ่มวัยต่างๆ ภายในครอบครัว (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเฉพาะสุขภาพช่องปาก ที่ควรได้รับการส่งเสริมให้มีการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์สุขภาพช่องปาก เพื่อประเมินภาวะการสะสมของโรคฟันผุ ระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์และการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ของวัยทำงาน เพื่อให้วัยทำงานมีสุขภาพช่องปากที่ดี ลดความเสี่ยงการเกิดโรคในช่องปาก และลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางทันตกรรม จากรายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพครั้งที่ 8 พบว่า วัยทำงานมีการไปรับบริการทันตกรรมเพียง ร้อยละ 42.3 มีการสูญเสียฟันโดยเฉลี่ย 3.6 ซี่/คน มีผู้ที่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 43.3 และยังพบปัญหาสถานะเหงือกอักเสบและสภาวะปริทันต์ ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะมีอาการที่รุนแรงและอาจเกิดการสูญเสียฟันในช่วงอายุต่อไปถ้าไม่ได้รับการดูแลป้องกัน รักษาที่เหมาะสมทันเวลา (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2560)

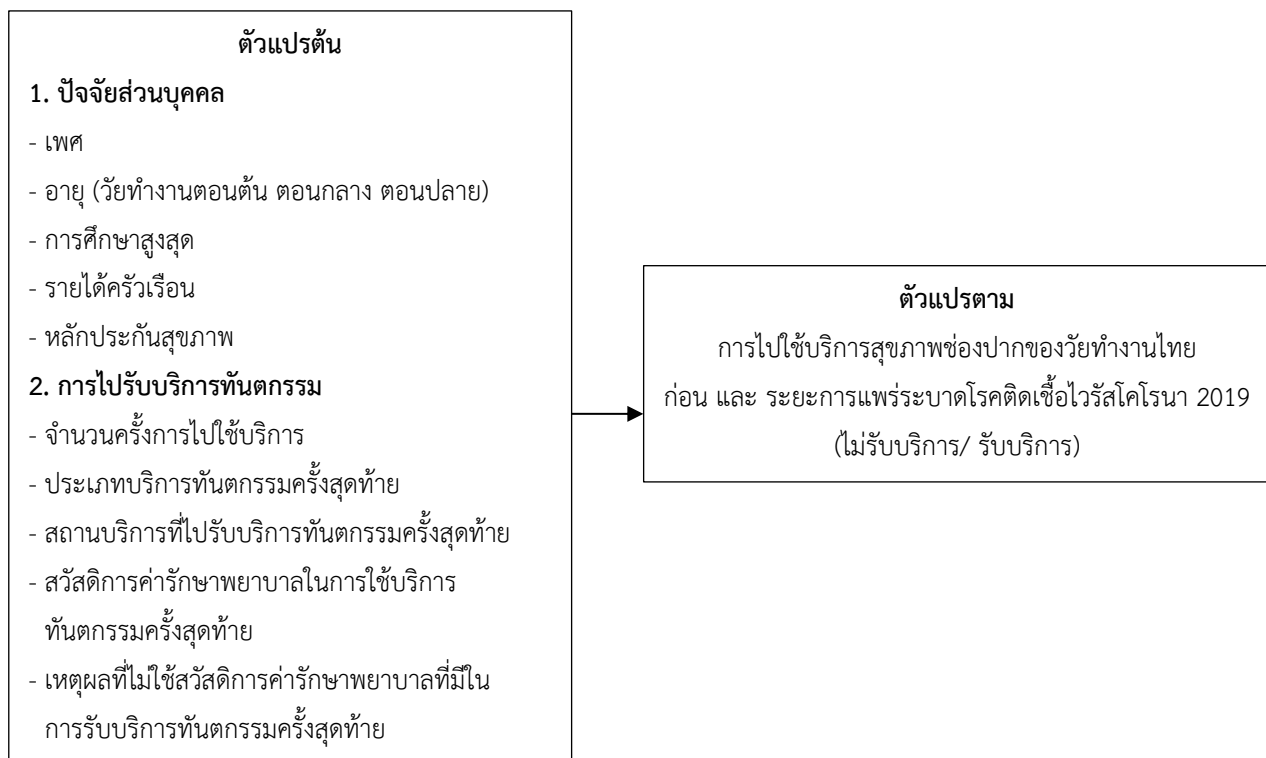
ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีข้อจำกัดในการรักษาทางทันตกรรมเนื่องจากมีความเสี่ยงสูงในการได้รับเชื้อเพราะเป็นหัตถการที่มีการฟุ้งกระจายและมีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีแนวโน้มการใช้บริการทันตกรรมลดลงทุกกลุ่มวัย เนื่องจากการให้บริการมีข้อจำกัด โดยให้บริการเฉพาะกรณีเร่งด่วนฉุกเฉินเท่านั้น (กรมการแพทย์, 2563) นอกจากนี้ประชาชนยังมีความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อจึงไม่กล้ามารับบริการทันตกรรม (วิลาวัลย์ พรหมชินวงศ์, สุพรรณษา จันทรัสว่าง, ศุภศิลป์ ดีรักษา, วิภาดา จิตรปรีดา และ วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี, 2564) มีการศึกษา พบว่า ช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชาชนเกิดความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นไม่กล้าออกจากบ้าน ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมถึงสุขอนามัยในช่องปากด้วย (Horenstein & Heimberg, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากวัยทำงาน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล และการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (วิไลลักษณ์ ทิวารกรกฎ, 2560) และยังพบปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติในการเข้ารับบริการทันตกรรมในช่วงสถานการณ์ของโรคระบาดติดเชื้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และการศึกษา (วิลาวัลย์ พรหมชินวงศ์ และคณะ, 2564) ระดับการศึกษา อาการแสดง อาการปวดฟัน และอาการเสียฟัน ในระดับรุนแรง มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของวัยทำงานในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (วัชรพล วิวรรณ เก้าวพันธ์,

จอนสัน พิมพิสาร, พนิดา ฤทธิธิน และ รุ่งนิตา รอดวินิจ, 2565) อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้และไม่ใช้บริการสุขภาพช่องปากวัยทำงานก่อนและหลังสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการใช้บริการสุขภาพช่องปากวัยทำงาน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 และ พ.ศ.2564 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาด และระยะ การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงนโยบายและระบบการให้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานเพื่อเตรียมพร้อมในการรองรับสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการใช้บริการสุขภาพช่องปากวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาด และระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาด และระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากฐานข้อมูลทุติยภูมิการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 และ พ.ศ.2564 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือรายการข้อมูลของสมาชิกครัวเรือน ที่สำรวจใน พ.ศ. 2562 และ พ.ศ.2564 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเกณฑ์คัดเข้าคือ ข้อมูลของสมาชิกครัวเรือนวัยทำงานอายุ 15-59 ปี (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) เกณฑ์คัดออกคือ อาชีพนักเรียน ไม่มีข้อมูลสังคมประชากร เพศ อายุ การศึกษา รายได้ หลักประกันสุขภาพ และไม่มีข้อมูลที่จะเข้ารับบริการหรือไม่รับบริการสุขภาพช่องปาก ได้ข้อมูลของสมาชิกครัวเรือน มาวิเคราะห์จำนวน 38,077 (ปี พ.ศ.2562) และ 37,734 ชุด (ปี พ.ศ.2564) ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 75,811 ชุด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการสุขภาพช่องปากมีจำนวน 2,703 คน และ 3,322 คน ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2564 ซึ่งใช้แบบสอบถามการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พัฒนาโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนและสมาชิกของครัวเรือน ประกอบด้วยคำถามหลัก 9 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน ตอนที่ 2 หลักประกันด้านสุขภาพ ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข ตอนที่ 4 ความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ตอนที่ 5 การประเมินสถานะสุขภาพ ตอนที่ 6 การตรวจหาและเร่งด่วน ตอนที่ 7 การตรวจหาและเร่งปากมดลูก ตอนที่ 8 ยาฆ่าเชื้อหรือยาปฏิชีวนะ ตอนที่ 9 ลักษณะของครัวเรือน

การศึกษานี้เลือกข้อมูลมาวิเคราะห์เฉพาะลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน หลักประกันด้านสุขภาพ แบบแผนการใช้บริการสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การใช้บริการสุขภาพช่องปาก จำนวนครั้งการไปใช้บริการ ประเภทบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย สถานบริการที่ไปรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในการใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย และเหตุผลที่ไม่ใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่มีในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 29/2565 วันที่อนุมัติ 22 กันยายน 2565 และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักงานสถิติแห่งชาติเพื่อขอใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2564 โดยไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่ระบุตัวตนได้ นำข้อมูลที่ได้มาคัดเลือกตัวแปรที่จะศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล หลักประกันสุขภาพ และการรับบริการสุขภาพช่องปากวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการรับบริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาดและระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในตัวแปรเชิงกลุ่ม คือ เพศ ช่วงอายุวัยทำงาน ประเภทบริการทันตกรรม สถานพยาบาลที่ใช้บริการ และสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ด้วยสถิติเชิงอนุมานไคสแควร์ (Chi-square test) ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณคือ จำนวนครั้งการไปใช้บริการ เมื่อตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ

สเมียร์นอฟ (Kolmogorov Smirnov test) แล้วพบว่า มีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U-test)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (binary logistic regression) คัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการโดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว (univariable analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ $p < .05$ พบว่า เพศ อายุ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทย โดยมี $p \text{ value} < .001$ เหมือนกันทุกตัว หลังจากนั้นตรวจสอบค่าผิดปกติของตัวแปรทำนายแต่ละตัว และนำตัวแปรเข้าวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของวัยทำงานไทย ก่อนการแพร่ระบาด และระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.1 ก่อนการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.90 เพศชาย ร้อยละ 48.10 มีอายุเฉลี่ย 39.90 ปี เมื่อแบ่งช่วงอายุของวัยทำงานพบว่า อยู่ในวัยทำงานตอนปลาย ร้อยละ 43.20 รองลงมาคือวัยทำงานตอนกลาง ร้อยละ 32.30 และวัยทำงานตอนต้น ร้อยละ 24.50 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งจบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ร้อยละ 59.70 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย และอนุปริญญา ร้อยละ 22.70 ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 14.50 รายได้ครัวเรือนมีค่ามัธยฐานที่ 7,000 บาท (interquartile range: IQR=18,000) อาศัยอยู่ในภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 30.30, 20.20 และ 25.60 ตามลำดับ การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล พบว่ามีหลักประกันด้านสุขภาพประเภทประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากถึง ร้อยละ 74.30 รองลงมาคือประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน ร้อยละ 19.40 และข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 7.60 ตามลำดับ

1.2 ระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.60 เพศชาย ร้อยละ 48.40 อายุเฉลี่ย 39.84 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานตอนปลาย ร้อยละ 43.00 รองลงมาคือ วัยทำงานตอนกลาง ร้อยละ 31.90 และวัยทำงานตอนต้น ร้อยละ 25.10 ตามลำดับ จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ร้อยละ 57.40 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลายและอนุปริญญา ร้อยละ 23.80 รายได้ครัวเรือนมีค่ามัธยฐานที่ 6,000 บาท (IQR=17,800) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 29.90 20.30 และ 25.40 ตามลำดับ และพบว่า มีหลักประกันด้านสุขภาพประเภทประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากถึง ร้อยละ 73.40 รองลงมาคือประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน ร้อยละ 19.70 และข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 7.40 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาดและระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อมูล	ก่อนการแพร่ระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 <i>n</i> =38,077	ระยะการแพร่ระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 <i>n</i> =37,734
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	18,300 (48.10)	18,263 (48.40)
หญิง	19,777 (51.90)	19,471 (51.60)
อายุ		
15-29 ปี (วัยทำงานตอนต้น)	9,318 (24.50)	9,466 (25.10)
30-44 ปี (วัยทำงานตอนกลาง)	12,309 (32.30)	12,027 (31.90)
45-59 ปี (วัยทำงานตอนปลาย)	16,450 (43.20)	16,241 (43.00)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	39.90 (12.77)	39.84 (12.87)
การศึกษาสูงสุด		
ไม่เคยเรียน	1,176 (3.10)	1,332 (3.50)
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	22,723 (59.70)	21,664 (57.40)
มัธยมศึกษาตอนปลายและอนุปริญญา	8,661 (22.70)	8,973 (23.80)
ปริญญาตรีขึ้นไป	5,517 (14.50)	5,765 (15.30)
รายได้ครัวเรือน		
ไม่มี/ไม่ทราบ	23,775 (62.40)	23,640 (62.60)
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	5,367 (14.10)	4,989 (13.20)
10,001-30,000 บาท	6,820 (17.90)	6,987 (18.50)
30,001 บาท ขึ้นไป	2,115 (5.60)	2,118 (5.60)
ค่ามัธยฐาน (IQR.)	7,000 (18,000)	6,000 (17,800)
พื้นที่แบ่งตามภูมิภาค		
กรุงเทพมหานคร	2,039 (5.40)	2,142 (5.70)
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพ)	11,523 (30.30)	11,271 (29.90)
ภาคเหนือ	7,673 (20.20)	7,675 (20.30)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	9,743 (25.60)	9,578 (25.40)
ภาคใต้	7,099 (18.60)	7,068 (18.70)
หลักประกันด้านสุขภาพ	<i>n</i> =42,454	<i>n</i> =41,321
(การได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล)		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	28,108 (74.30)	27,507 (73.40)
ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน	7,322 (19.40)	7,386 (19.70)
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	2,893 (7.60)	2,779 (7.40)

ข้อมูล	ก่อนการแพร่ระบาด	ระยะการแพร่ระบาด
	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
	n=38,077	n=37,734
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
รัฐวิสาหกิจ	278 (0.70)	241 (0.60)
หน่วยงานอิสระของรัฐ	47 (0.10)	14 (0.001)
องค์กรปกครองท้องถิ่น	229 (0.60)	134 (0.40)
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	2,560 (6.80)	2,397 (6.40)
สวัสดิการจ้างโดยนายจ้าง	649 (1.70)	613 (1.60)
สวัสดิการข้าราชการพยาบาลอื่นๆ	368 (1.00)	250 (0.70)

2. เปรียบเทียบการรับบริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาดและระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พบว่า การรับบริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาดและระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มผู้ที่ไปรับบริการสุขภาพช่องปากปี พ.ศ. 2562 จำนวน 2,703 ราย และ พ.ศ. 2564 จำนวน 3,322 ราย พบว่า ปัจจัยด้านประเภทบริการทันตกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบการรับบริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาดและระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อมูล	ก่อนการแพร่ระบาด	ระยะการแพร่ระบาด	p-value
	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การรับบริการสุขภาพช่องปาก			.001 ^a
ไม่รับบริการ	35,374 (92.90)	34,412 (91.20)	
รับบริการ	2,703 (7.10)	3,322 (8.80)	
รวม	38,077 (100.00)	37,734 (100.00)	
เพศ			
ชาย	944 (34.90)	1,184 (35.60)	.562 ^a
หญิง	1,759 (65.10)	2,138 (64.40)	
ช่วงอายุวัยทำงาน			.165 ^a
15-29 ปี (วัยทำงานตอนต้น)	742 (27.40)	976 (29.38)	
30-44 ปี (วัยทำงานตอนกลาง)	859 (31.80)	1,060 (31.91)	
45-59 ปี (วัยทำงานตอนปลาย)	1,102 (40.80)	1,286 (38.71)	
จำนวนครั้งการใช้บริการ			.200 ^b
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1.71 SD=2.08	1.79 SD=2.33	

ข้อมูล	ก่อนการแพร่ระบาด	ระยะการแพร่ระบาด	p-value
	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด:สูงสุด)	1 (1:14)	1 (1:12)	
ประเภทบริการทันตกรรม			.002 ^{a**}
ชุดหินปูน/ขัดฟัน	987 (36.51)	1,189 (35.79)	
อุดฟัน	493 (18.24)	580 (17.46)	
ถอนฟัน	798 (29.52)	926 (27.88)	
ใส่ฟันเทียม	51 (1.89)	46 (1.38)	
ประเภทอื่นๆ	374 (13.84)	581 (17.49)	
สถานพยาบาลที่ใช้บริการ			.127 ^a
สถานพยาบาลรัฐ	1,354 (50.09)	1,603 (48.25)	
สถานพยาบาลเอกชน	1,321 (48.88)	1,669 (50.24)	
อื่นๆ	28 (1.03)	50 (1.51)	
สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล			.254 ^a
ไม่มีสวัสดิการ	31 (1.15)	55 (1.66)	
มีสวัสดิการและใช้	1,806 (66.81)	2,207 (66.43)	
มีสวัสดิการแต่ไม่ใช้	866 (32.04)	1,060 (31.91)	
รวม	2,703 (100.00)	3,322 (100.00)	
มีสวัสดิการแต่ไม่ใช้ (เหตุผลที่ไม่ใช้)			.205 ^a
ไม่สะดวกเวลาทำการ	137 (15.82)	185 (17.45)	
ข้า/รอนาน	406 (46.88)	458 (43.21)	
สิทธิไม่ครอบคลุมการรักษา	241 (27.83)	329 (31.04)	
เหตุผลอื่น	82 (9.47)	88 (8.30)	
รวม	866 (100.00)	1,060 (100.00)	

a=chi-square test, b=Mann-Whitney U-test; ** $p < .01$

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัย พบว่า เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด รายได้ครัวเรือนมากกว่า 10,000 บาท ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเพศหญิงมีโอกาสใช้บริการสุขภาพช่องปากมากกว่าเพศชาย 1.88 เท่า (ร้อยละ 87.90) วัยทำงานตอนกลางและวัยทำงานตอนปลายมีโอกาสใช้บริการสุขภาพช่องปากน้อยกว่าวัยทำงานตอนต้น 0.72 เท่า (ร้อยละ 28.30) (aOR: 0.717, 95% CI: 0.645-0.798) และ 0.81 เท่า (ร้อยละ 19.40) (aOR: 0.806, 95% CI: 0.725-0.897) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปเพิ่มโอกาสในการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากมากถึง 3.91 เท่า (ร้อยละ 91.10) มัธยมศึกษาตอนปลายและอนุปริญญา 2.48 เท่า (ร้อยละ 48.40) และมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า 1.41 เท่า (ร้อยละ 40.70) ตามลำดับ

เมื่อเทียบกับไม่เคยเรียน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครัวเรือน 30,001 บาท ขึ้นไป มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากมากกว่า 1.94 เท่า (ร้อยละ 93.90) กลุ่มที่มีรายได้ครัวเรือน 10,001-30,000 บาท มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากมากกว่า 1.44 เท่า (ร้อยละ 43.80) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มี/ไม่ทราบรายได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัย	การให้บริการสุขภาพช่องปาก (OH)		
	B	aOR (95%CI)	p-value
เพศ			
ชาย			
หญิง	0.631	1.879 (1.727-2.045)	.000**
ช่วงอายุวัยทำงาน			
15-29 ปี			
30-44ปี	-0.332	0.717 (0.645-0.798)	.000**
45-59 ปี	-0.215	0.806 (0.725-0.897)	.000**
การศึกษาสูงสุด			
ไม่เคยเรียน			
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	0.341	1.407 (1.031-1.920)	.032*
มัธยมศึกษาตอนปลายและอนุปริญญา	0.910	2.484 (1.811-3.406)	.000**
ปริญญาตรีขึ้นไป	1.364	3.911 (2.847-5.372)	.000**
รายได้ครัวเรือน			
ไม่มี/ไม่ทราบ (ref)			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ10,000 บาท	0.116	1.123 (0.980-1.287)	.094
10,001-30,000 บาท	0.363	1.438 (1.292-1.601)	.000**
30,001บาท ขึ้นไป	0.662	1.939 (1.673-2.247)	.000**
Constant	-3.562	0.028	.000**

B= regression coefficient; aOR=odd ratio; CI=confidence interval; * $p<.05$, ** $p<.001$;

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทย ระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัย พบว่า เพศ อายุ การศึกษา รายได้ครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยเพศหญิงมีโอกาสใช้บริการสุขภาพช่องปากมากกว่าเพศชาย 1.84 เท่า (ร้อยละ 84.20) (aOR: 1.842, 95% CI: 1.707-1.989) วัยทำงานตอนกลางและวัยทำงานตอนปลาย มีโอกาสใช้บริการสุขภาพช่องปากน้อยกว่าวัยทำงานตอนต้น 0.69 เท่า (ร้อยละ 30.60) (aOR: 0.694, 95% CI: 0.631-0.763) และ 0.70 เท่า (ร้อยละ 30.30) (aOR: 0.697, 95% CI: 0.633-0.767) การจบการศึกษาในระดับสูงขึ้นไปเพิ่มโอกาสในการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากเมื่อเทียบกับไม่เคยเรียน คือ ระดับปริญญาตรีขึ้นไป

4.70 เท่า (ร้อยละ 69.80) (aOR: 4.698, 95% CI: 3.482-6.339) มัธยมศึกษาตอนปลายและอนุปริญญา 2.90 เท่า (ร้อยละ 90.40) (aOR: 2.904, 95%CI: 2.156-3.911) มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า 1.84 เท่า (ร้อยละ 84.30) (aOR: 1.843, 95% CI: 1.373-2.473) ด้านรายได้ครัวเรือน พบว่า เมื่อรายได้ครัวเรือนมากขึ้นจะมีโอกาสเข้าใช้บริการสุขภาพช่องปากมากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มี/ไม่ทราบรายได้ คือ กลุ่มที่มีรายได้ครัวเรือน 30,001บาท ขึ้นไป มีโอกาสเข้าใช้บริการสุขภาพช่องปากมากกว่า 1.88 เท่า หรือมากกว่า (ร้อยละ 88.70) กลุ่มที่มีรายได้ครัวเรือน 10,001-30,000 บาท มีโอกาสเข้าใช้บริการสุขภาพช่องปากมากกว่า 1.52 เท่า (ร้อยละ 52.20) และกลุ่มที่มีรายได้ครัวเรือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มากกว่า 1.23 เท่า (ร้อยละ 22.70) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัย	การให้บริการสุขภาพช่องปาก (OH)		
	B	aOR (95%CI)	p-value
เพศ (sex)			
ชาย			
หญิง	0.611	1.842 (1.707-1.989)	.000**
ช่วงอายุวัยทำงาน (Age)			
15-29 ปี			
30-44 ปี	-0.365	0.694 (0.631-0.763)	.000**
45-59 ปี	-0.361	0.697 (0.633-0. 767)	.000**
การศึกษาสูงสุด			
ไม่เคยเรียน			
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	0. 611	1.843 (1.373-2.473)	.000**
มัธยมศึกษาตอนปลายและอนุปริญญา	1.066	2.904 (2.156-3.911)	.000**
ปริญญาตรีขึ้นไป	1.547	4.698 (3.482-6.339)	.000**
รายได้ครัวเรือน			
ไม่มี/ไม่ทราบ(ref)			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ10,000 บาท	0.205	1.227 (1.085-1.388)	.000**
10,001-30,000 บาท	0.420	1.522 (1.383-1.675)	.000**
30,001บาท ขึ้นไป	0.635	1.887 (1.643-2.168)	.000**
Constant	-3.482	0.031	.000**

B= regression coefficient; aOR=odd ratio; CI=confidence interval; ** $p < .001$

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาเปรียบเทียบการรับบริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาดและระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า มีความแตกต่างกัน มีจำนวนการให้บริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.10 เป็น 8.80 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่ไปรับบริการสุขภาพช่องปาก พบว่า จำนวนครั้งเฉลี่ย 2 ครั้งต่อปี

เพศหญิงเข้ารับบริการมากกว่าเพศชาย วัยทำงานตอนปลายเข้ารับบริการมากกว่าวัยอื่นๆ ประเภทการใช้บริการสุขภาพช่องปาก พบว่า การอุดฟัน/ขูดฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ใส่ฟันเทียม มีการใช้บริการลดลง ส่วนทันตกรรมประเภทอื่นๆ เช่น รักษาโรคฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน ดัดฟัน/จัดฟัน ตรวจรักษาสุขภาพช่องปาก ทา/เคลือบฟลูออไรด์ มีการใช้บริการเพิ่มขึ้น สถานบริการที่ไปรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายเลือกใช้ทั้งสถานบริการของรัฐและเอกชน ในจำนวนใกล้เคียงกัน อธิบายได้ว่า สาเหตุที่ทำให้จำนวนการรับบริการสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นทั้งทั้งที่เป็นช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นอาจเป็นเพราะช่วงที่สำรวจคือเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 เป็นการสอบถามย้อนหลังไป 1 ปี (พ.ศ. 2563) ระยะเวลาอันเป็นช่วงแรกที่ประเทศไทยพบการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถานการณ์ไม่รุนแรงยังไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและประชาชนยังสามารถใช้ชีวิตได้ปกติ หลังจากนั้นพบการแพร่ระบาดใหญ่โดยติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) คือ การแพร่ระบาดในสนามมวยและสถานบันเทิงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มาตรการควบคุมโรค หรือการปิดเมือง (Lock down) จึงถูกประกาศใช้เพียงบางพื้นที่ในจังหวัดใหญ่ๆ ที่เกิดการแพร่ระบาดเท่านั้นเช่น กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ (กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) ซึ่งการสำรวจนี้เป็นการสำรวจทั่วประเทศและเมื่อพิจารณาด้านพื้นที่แบ่งตามภูมิภาค พบว่า จำนวนข้อมูลการสำรวจของกรุงเทพมหานครในปี 2564 มีเพียง ร้อยละ 5.70 จึงอาจยังไม่มีผลต่อจำนวนการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากที่ลดลง ส่วนเพศหญิงเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าเพศชายเนื่องจากเพศหญิงมีการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย มีการศึกษา พบว่า ความแตกต่างของเพศมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน เพศหญิงจะมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย (สุภาพร ผุดผ่อง, 2563) ปัจจัยด้านอายุ พบว่า วัยทำงานอายุ 45-59 ปีเข้ารับบริการมากกว่าวัยอื่นๆ เมื่อพิจารณาจำนวนข้อมูลการสำรวจพบว่า กลุ่มอายุ 45-59 ปี มีสัดส่วนมากกว่าอายุ 15-29 ปี และ อายุ 30-44 ปี อาจทำให้มีการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุมากเป็นวัยที่พบปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากมากกว่าวัยอื่นๆ พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีผลต่อการเลือกรับบริการทันตกรรม (บุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง, 2561) สอดคล้องกับ สุพัตรา วัฒนเสน, นันทิยา รัมย์ฉวีรัตนากุล, จุฑามาศ ตะราชี, เจษฎาภรณ์ ทองสุพรรณ และ ฉันทิกา ชัยโย (2565) พบว่า วัยทำงานอายุ 35 ปีขึ้นไป มาใช้บริการทันตกรรมมากกว่าอายุ 18-34 ปี 2.31 เท่า แต่อย่างไรก็ตามจากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พบว่า ร้อยละ 55.00 ของประชากรอายุ 35-44 ปีที่ไม่ได้ไปรับบริการ ให้เหตุผลว่า ยังไม่มีอาการผิดปกติ แต่ผลการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ พบว่า ร้อยละ 43.3 ของประชากรกลุ่มนี้มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และ ร้อยละ 73.4 มีปัญหาสภาวะปริทันต์ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2560)

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยก่อนการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด และ รายได้ครัวเรือน มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปาก เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหลักที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลโดยตรงรวมทั้งการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดสระบุรี พบว่า ปัจจัยด้านเพศ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับช่องทางการรับรู้ข้อมูล พฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอน พฤติกรรมการพบทันตแพทย์ ความสะอาดของช่องปาก สภาวะทันตสุขภาพ และสภาวะปริทันต์ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) เมื่อพิจารณา

รายละเอียดของข้อมูล พบว่า เพศหญิงมีโอกาสดำเนินการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากมากกว่าเพศชาย เพราะเพศหญิงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย ส่วนปัจจัยด้านอายุ พบว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นมีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพลดลง แต่ในความเป็นจริงแล้วเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงและมีความเสื่อมถอยของร่างกายจนทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพร่างกายและเกิดโรคในช่องปากได้ ในกรณีนี้อาจกล่าวได้ว่าสาเหตุที่ไปใช้บริการน้อยเพราะภาระหน้าที่ในความรับผิดชอบในงานที่สูงขึ้น ไม่สะดวกในการเดินทาง หรืออาจเป็นเพราะกลุ่มที่สำรวจส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานตอนกลางและตอนปลาย มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทหรือไม่มี/ไม่ทราบ ซึ่งเป็นจำนวนข้อมูลที่มีสัดส่วนมากเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยทำงานตอนต้น จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งในการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากได้ การศึกษาที่สูงขึ้นจะมีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากมากขึ้น เพราะคนที่มีการศึกษาสูงจะสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมีทักษะในการค้นหาข้อมูล และเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่า สอดคล้องกับ พิรภัทร์ วัฒนวนาพงษ์ และ ศิวิลักษณ์ วรรณวิจิตร (2565) พบว่า ระดับการศึกษามีผลทางบวกต่อการดูแลสุขภาพ และมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และปัจจัยรายได้ครัวเรือน พบว่า รายได้เพิ่มขึ้นจะเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ารายได้ครัวเรือนที่น้อยกว่า 10,000 บาท กลับไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งวัยทำงานกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทมักจะรับจ้างรายวันและไม่มีสวัสดิการหากต้องไปรับบริการสุขภาพช่องปากอาจทำให้ขาดรายได้ในวันนั้นซึ่งการให้ความสำคัญอาจน้อยกว่าความเจ็บป่วยอื่นๆ หรืออาจจะเป็นเพราะการสำรวจครั้งนี้เป็นระยะก่อนการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งยังไม่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสวัสดิการของประชาชน จึงทำให้กลุ่มรายได้น้อยไม่ได้รับผลกระทบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิทยา โปธาสินธุ์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนประถมศึกษา พบว่า รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนได้เนื่องจากขึ้นอยู่กับ การเห็นความสำคัญของคนรอบครัวและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพช่องปากไม่สูงนักรายได้มากหรือน้อยก็สามารถจ่ายการดูแลสุขภาพช่องปากได้ไม่ต่างกัน

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยระยะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า เพศ อายุ การศึกษา และรายได้ครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปาก เนื่องจากเพศหญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย กลุ่มที่มีรายได้สูงกว่าจะมีการดูแลสุขภาพช่องปากดีกว่าเพราะสามารถเข้าถึงสถานบริการเอกชนและการบริการที่ครอบคลุมมากกว่าและไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ทิวกกรกฎ (2560) พบว่า ผู้ที่มีรายได้ 20,000 บาทขึ้นไป และมีระดับการศึกษานานปริญญาขึ้นไปจะมีสถานะสุขภาพช่องปากที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่น นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ในระยะการแพร่ระบาดโควิด-19 กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งในกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อรัฐบาลออกมาตรการต่างๆ มีการควบคุมที่เข้มงวด มีการกำหนดเวลาปิดเปิด การห้ามรับประทานอาหารในร้าน ส่งผลต่อผู้ประกอบการ อาชีพแรงงาน และรับจ้างรายวันส่งผลกระทบต่อการทำงาน ผู้คนตกงานจำนวนมากทำให้รายได้ครัวเรือนลดลง (ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2564) พิจารณาได้ว่าสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ส่งผลต่อเศรษฐกิจ ประชาชนมีรายได้ลดลงโดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อยในช่วงที่มีการปิดเมืองที่ผลกระทบมีขนาดมากที่สุด และหลังจากมีการเปิดเมืองหรือคลายล็อกแล้วผลกระทบก็ยังคงอยู่ ได้แก่ การลดลงของรายได้ การตกเกณฑ์เป็นคนจนใหม่ การตกงาน การเป็นหนี้ และสัดส่วนของรายจ่ายต่อรายได้ของครัวเรือนสูงกว่าก่อนหน้าที่จะมีมาตรการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 (เสาวลักษณ์ กิตติประภัสร์, ธรรมวิทย์ เทอดอุดมธรรม, พราวรินทร์ พักตร์ธนาปรกรณ์ และ พิชราภรณ์ สอกจะบก, 2563) นอกจากนี้ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้มีทักษะในการค้นหาข้อมูลเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือ ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลในปัจจุบัน เช่น อินเทอร์เน็ต เฟซบุ๊ก เว็บไซต์ โทรศัพท์ ทำให้การทำงานมีความรู้ความเข้าใจและเตรียมพร้อมรับกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพล วิวรรณ เถาว์พันธ์ และคณะ (2565) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของวัยทำงานช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และยังพบว่า วัยทำงานตอนกลางและวัยทำงานตอนปลายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้บริการสุขภาพช่องปาก เพราะยังรู้สึกว่าจะไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก เพราะสามารถใช้ฟันบดเคี้ยวอาหารได้ดี หรือให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยด้านร่างกายโรคประจำตัวอื่นๆ ที่น่ากังวล เมื่ออายุมากขึ้นมากกว่าสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรมน อัครสุต (2561) พบว่าอัตราการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงานตอนต้นและวัยสูงอายุลดลง

นอกจากนี้ยังพบว่าการแพร่ระบาด ปัจจัยด้านรายได้ครัวเรือนระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากแต่ระยะแพร่ระบาด พบว่า รายได้ครัวเรือนทุกระดับกลับมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปาก อธิบายได้ว่า วัยทำงานกลุ่มนี้มีรายได้น้อยเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบรุนแรงมากที่สุด หลายคนได้รับค่าจ้างรายชั่วโมง การลาป่วยจะได้รับค่าจ้างเพียงเล็กน้อยหรือไม่ได้เลย ตลอดทั้งระยะการระบาดของโรคโควิด-19 2019 มีมาตรการล็อกดาวน์ต้องจำกัดการเดินทาง การเว้นระยะห่างทางสังคม ส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรม โดยเฉพาะอุตสาหกรรมที่จ้างงานแรงงานที่มีรายได้น้อย เช่น การขายปลีก การท่องเที่ยว การบริการ ร้านอาหาร ทำให้แรงงานถูกเลิกจ้างและขาดรายได้ และนอกจากนี้ยังส่งผลให้ธุรกิจหลายประเภทต้องออกนอกประกันสังคมจึงไม่มีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (สำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (สุภาพร ผุดผ่อง, 2563) ด้วยเหตุนี้ระยะการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายได้ครัวเรือนจึงมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปาก

ในการวิจัยนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ ผู้วิจัยไม่ได้ออกแบบข้อคำถามในการเก็บข้อมูลเองซึ่งอาจมีปัจจัยด้านอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ยังพบว่าข้อมูลรายได้ครัวเรือนมีความแปรปรวนค่อนข้างมากส่วนใหญ่ตอบว่า ไม่มี/ไม่ทราบ ซึ่งรายได้ครัวเรือนต้องมาจากรายได้ของสมาชิกทั้งหมดซึ่งผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกตัวแทนครัวเรือนตอบแทนอาจไม่ทราบข้อมูลที่เป็นจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการวางแผนการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทย ดังนี้

1.1 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย จัดทำนโยบายส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากวัยทำงาน กำหนดตัวชี้วัดวัยทำงานได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก

1.2 พันธบุคลากรที่รับผิดชอบในระดับจังหวัด เช่น ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ประสานงานและส่งเสริมให้สถานประกอบการในพื้นที่ดำเนินการตามนโยบายส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะในกลุ่มเพศชาย กลุ่มวัยทำงานตอนกลางและตอนปลายให้มากขึ้น ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีปัญหาเรื่องสุขภาพฟัน แต่ควรมีการตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อเป็นการคัดกรองเบื้องต้น ทำให้ทราบภาวะช่องปากและดูแลได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก หรือรับบริการตั้งแต่ปัญหาสุขภาพช่องปากยังไม่รุนแรงเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลฟัน เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพที่จำเป็นในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น การจัดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี การฝึกทักษะการแปรงฟัน การฝึกประเมนสภาวะช่องปากด้วยตนเอง เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านการศึกษาและรายได้ครัวเรือน

2.1 พันธบุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ควรพัฒนาสื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากวัยทำงาน การใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก การประเมนและตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ฯลฯ โดยเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงผู้บริโภคได้ทุกระดับการศึกษามีเนื้อหาและภาษาที่เข้าใจง่าย สร้างทัศนคติและความเชื่อ ด้านสุขภาพช่องปากที่ดีให้กับวัยทำงาน เช่น อินโฟกราฟฟิก คลิปวิดีโอ และสื่อสารผ่านสถานประกอบการไปยังกลุ่มวัยทำงาน สื่อออนไลน์ และโซเชียลมีเดียช่องทางต่างๆ

2.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง งานบุคลากรของสถานประกอบการ ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารเรื่องสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมที่สามารถเบิกจ่ายได้ตามสิทธิ โดยเฉพาะสิทธิบัตรทอง สิทธิผู้ประกันตน และข้าราชการ เพื่อให้วัยทำงานทราบสิทธิของตนเองและสามารถเลือกใช้บริการสถานพยาบาลทางทันตกรรมได้อย่างเหมาะสมและลดภาระค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมได้

2.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการจัดบริการทันตกรรมเคลื่อนที่โดยให้บริการฟรีตามสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนเพื่อเข้าถึงกลุ่มวัยทำงานที่มีรายได้น้อย ไม่มีรายได้ หรือว่างงานจากผลกระทบการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า เพศ อายุ การศึกษา และรายได้ครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปาก ดังนั้นการวิจัยในครั้งต่อไป ควรศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในการดูแล และการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มเพศชาย กลุ่มวัยทำงานตอนต้นและตอนกลาง กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น และรายได้ครัวเรือนต่ำที่พบว่าเข้าถึงบริการได้น้อยที่สุด

2. เนื่องจากการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระยะการระบาดยาวนานจนถึงปี พ.ศ. 2565 ดังนั้นจึงควรศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลการใช้บริการสุขภาพช่องปากจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นข้อมูลตั้งแต่มีนาคม 2565 ถึงกุมภาพันธ์ 2566 เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2563). แนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565, จาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25630330164731PM_Binder1.pdf
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงาน*. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2566, จาก <https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/index.php?r=groupdata/index&group=1&id=3>
- กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง*. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2566, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
- ธนาคารแห่งประเทศไทย. (2564). *แรงงานอิสระจุดเปราะบางตลาดแรงงานไทยในยุคโควิด-19*. สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2564, จาก https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_17May2021.aspx
- บุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการทันตกรรมโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 12(18), 97-101.
- พิรภัทร์ วัฒนวนาพงษ์ และ ศิวิลักษณ์ วรรณรัตน์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีราชา จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 14(1), 123-137.
- วรมน อัครสุต. (2561). การใช้บริการทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุไทยจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2558. *วารสารทันตสาธารณสุข*, 23(1), 26-37.
- วัชรพล วิวรรณ แก้วพันธ์, จอนสัน พิมพ์สาร, พนิดา ฤทธิธ และ รุ่งนิตา รอดวินิจ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของวัยทำงาน ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในเขตเทศบาล ตำบลโชคชัย อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารทันตภิบาล*, 33(1), 57-74.
- วิทยา โปธาสินธุ์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนประถมศึกษาอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 13(4), 16-27.
- วิไลลักษณ์ ทิวกกรกฎ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากวัยทำงาน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 36(4), 237-49.

- วิลาวลัย พรหมชินวงศ์, สุพรรณษา จันทร์สว่าง, ศุภศิลาป ดีรักษา, วิภาดา จิตรปรีดา, วุฒิกุล ธนากาญจน์ภักดี. (2564). ทศนมิติในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของประชาชนในสถานะแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด 2019) อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารทันตภิบาล*, 32(1), 80-88.
- สุพัตรา วัฒนเสน, นันทิยา รัมย์ณิรัตน์กุล, จุฑามาศ ตะราชี, เกษฏาภรณ์ ทองสุพรรณ และ ฉันทิกา ชัยโย (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19): กรณีศึกษาเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารทันตภิบาล*, 33(2), 97-110.
- สุภาพร ผุดผ่อง. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์*, 4(1). 101-119.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2560). รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). *โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้และพฤติกรรมทางทันตสุขภาพในประชากรไทยวัยทำงานในสถานประกอบการ*. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2566, จาก https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=0CDcQw7AJahcKEwio_cG9pb6BAxUAAAAHQAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Fdental.anamai.moph.go.th%2Fweb-upload%2Fmigrated%2Ffiles%2Fdental2%2F1890_article_file.docx&psig=AOvVawOK0ztzhtOLuXtYbYX7Cmr_&ust=1695474667577546&opi=89978449
- สำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานผลการทบทวน ผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับโลก และในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2566, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1177420210915075055.pdf>
- เสาวลักษณ์ กิตติประภัสร์, ธรรมวิทย์ เทอดอุดมธรรม, พรภาวินทร์ พักตร์ธนาปกรณ และ พัชรภรณ์ ศอกจะบก. (2563). *ผลกระทบทางสังคมจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และวิกฤตเศรษฐกิจ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2566, จาก https://phuket.dop.go.th/download/knowledge/th1611129513-133_0.pdf
- Horenstein, A. & Heimberg, R. G. (2020). Anxiety disorders and healthcare utilization: a systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 81, 101894. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101894
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Retrieved May 24, 2020, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

ระดับความเครียดและการจัดการความเครียดเกี่ยวกับการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

รัชชัย เอกสันติ, ประ.ด.¹ กัลยาวีร์ อนนทจารย, พย.ม.^{2*}

พุดพิงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, ประ.ด.³ รัตนกร นักทำเกวียน, ส.บ.⁴

วิดา ตูจำรูญ, ส.บ.⁴ อนุชจิรา ผาณิต, ส.บ.⁴

บทคัดย่อ

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มีการแข่งขันทางวิชาการสูง เนื่องจากต้องเตรียมความพร้อมเพื่อการแข่งขันเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา และส่งผลต่อความเครียดที่มาจากปัจจัยร่วมหลายประการ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด การจัดการความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 250 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียด และแบบสอบถามการจัดการความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์และค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 46.80 และมีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.40 นอกจากนี้มีการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบทำกิจกรรมทดแทนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนแบบมุ่งจัดการอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มการเรียนรู้และคณะวิชาที่ประสงค์จะเข้าศึกษาเป็นอันดับแรก มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่ผลการเรียน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.264, p < .001$) ดังนั้นผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อการลดระดับความเครียดในนักเรียนให้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ระดับความเครียด, การจัดการความเครียด, นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6

วันที่รับ: 19 มิถุนายน 2566 วันที่แก้ไข: 1 พฤศจิกายน 2566 วันที่ตอบรับ: 7 พฤศจิกายน 2566

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

² อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล kanlayawee@sut.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

⁴ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Stress levels and stress management related to pursuing higher education among Matthayomsuksa 6 students

Thawatchai Aeksanti, Ph.D.¹ Kanlayawee Anonjarn, M.N.S.^{2*}

Bhuddhipong Satayavongthip, Ph.D.³ Rattanakorn Nuktumkawan, B.P.H.⁴

Wiyada Tujamroon, B.P.H.⁴ Anuchjira Panil, B.P.H.⁴

Abstract

Secondary school students demonstrate significant academic competitiveness as they prepare for higher education challenges, coupled with the pressures of various concurrent factors. The objective of this study aimed to examine the level of stress, stress management, and factors associated with stress. The sample of the study comprised 250 Secondary 6. Data collection involved the use of a personal characteristics questionnaire, a stress level questionnaire, and a questionnaire on stress management. The reliability with Cronbach's alpha coefficients of .86 and .75, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square correlation, and Pearson's correlation coefficient. The results showed that the sample group experienced the highest level of stress, at 46.80%, and had a moderate level of stress management, at 88.40 %. The students had a moderate level of stress management through problem-solving and activity substitution, while emotion-focused coping was low. The analysis of correlations revealed that the academic program and the desired faculty to study were significantly correlated with stress ($p < .001$). However, academic performance shows a significant negative correlation with stress ($r = -0.264$, $p < .001$). Therefore, the study's findings provide valuable insights for individuals organizing activities to appropriately reduce students' stress levels.

Keywords: Stress level, Stress management, Matthayomsuksa 6 students

Received: Jun 19, 2023 Revised: Nov 1, 2023 Accepted: Nov 7, 2023

¹ Assistant professor, Faculty of Public Health Nakhon Ratchasima Rajabhat University

² Lecturer, Institute of Nursing Suranaree University of Technology

* Corresponding author, E-mail: kanlayawee@sut.ac.th

³ Associate Professor, Faculty of Public Health Nakhon Ratchasima Rajabhat University.

⁴ 4th year students, Community Public Health Program, Faculty of Public Health Nakhon Ratchasima Rajabhat University

บทนำ

สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง ทั้งด้าน เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ทำให้เกิดการแข่งขันของบุคคล เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตไปในแนวทางที่ตนเองคาดหวังและประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ รวมถึงค่านิยมด้านการศึกษาของสังคมไทยในปัจจุบัน พบว่า ส่งผลต่อการแข่งขันของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เพราะเป็นชั้นปีสุดท้ายของการเรียน เพื่อการเตรียมสอบเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาในสาขาที่นิยมหรือเป็นที่ต้องการของตลาดแรงงาน รวมถึงค่านิยมที่จะเข้าศึกษาต่อในสถาบันที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ต้องการของนักเรียนส่วนใหญ่ หากแต่พบว่า สถาบันการศึกษาที่เก่าแก่และมีชื่อเสียงในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่มีอัตราการรับนักเรียนเข้าศึกษาจำนวนจำกัด จึงส่งผลให้เกิดการแข่งขันเพื่อสอบเข้าศึกษาตามมา (สิประภา บุษผาวรรณา, ประจวบ แหลมหลัก และ อนุกุล มะโนทน, 2564) นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นว่า ภายหลังที่จบการศึกษาจากสถาบันที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับของสังคม จะสามารถทำให้ตนมีหน้าที่การงานที่ดีและสามารถรับผลตอบแทนที่ดี จึงเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ทุกคนมีความเพียรพยายาม เพื่อให้ตนเองมีความรู้พร้อมที่จะสอบเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยที่ตนเองต้องการ (เนตรดาว ปทุมพร และ นวพล นนทภา, 2563) ดังนั้น จึงเกิดความคาดหวังจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง เป็นแรงกดดันที่ทำให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเกิดความวิตกกังวลอันนำไปสู่ความเครียดจนเกินกว่าระดับที่เหมาะสม (นิธิสนี รุจิรังสีเจริญ, นิดา ลัมสุวรรณ, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และ บุญญติ ยงย่วน, 2564; วณัญญา แก้วแก้วปาน, 2564)

ความเครียดนั้น ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเมื่อเกิดความเครียดในบางรายอาจรุนแรงจนถึงการฆ่าตัวตายหรือทำในสิ่งที่ไม่คาดคิด ซึ่งในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาส่วนใหญ่เป็นความเครียดเรื่องการเรียน การสอบเข้าเรียนต่อระดับอุดมศึกษา เมื่อเกิดความเครียดขึ้นจิตใจและร่างกายของบุคคลนั้นเกิดความไม่สมดุลก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ มากมาย เป็นสาเหตุทำให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ ส่งผลต่อสุขภาพทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ท้องผูก ท้องเสีย เป็นโรคกระเพาะอาหาร มีความกระวนกระวายใจ วิตกกังวล เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2555) ความเครียดยังก่อให้เกิดการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งเป็นระบบที่อยู่เหนือการควบคุมของอำนาจจิตใจ ดังนั้นจึงควรเรียนรู้วิธีการจัดการความเครียด และใช้หรือฝึกปฏิบัติในทุกๆ สถานการณ์ในชีวิตประจำวัน เพื่อลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่รุนแรง

เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นควรหาวิธีการจัดการความเครียด เพื่อลดระดับความเครียดซึ่งส่งผลต่อทั้งร่างกายและจิตใจ โดยวิธีการจัดการความเครียด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (Lazarus & Folkman, 1984) คือ 1) การสร้างทักษะการเรียนรู้การตอบสนองต่อความเครียดของตนเองเป็นขั้นตอนการสังเกตปฏิกิริยาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองต่อความเครียด เช่น บางคนอาจหงุดหงิด อารมณ์เสียง่าย ในขณะที่บางคนจะเกิดอาการทางกายควบคู่ไปกับอารมณ์ที่ควบคุมไม่ได้ 2) การตรวจสอบความเครียดกับความเป็นจริงเป็นขั้นตอน การตั้งสติเพื่อความคิดใคร่ครวญเกี่ยวกับสาเหตุที่แท้จริงของความเครียด เนื่องจากทุกคนสามารถรับรู้ต่อความเครียดทั้งที่คิดขึ้นเองหรือกังวลเกินเหตุ และ 3) การหาวิธีการจัดการความเครียดหรือแก้ไขปัญหาเป็นขั้นตอนการคิดพิจารณาหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดให้ครบถ้วน ด้วยใจที่เป็นธรรม ไม่เข้าข้างตัวเอง และไม่โทษคนอื่น

การจัดการความเครียดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ วิธีการลดความเครียด แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) วิธีการที่มุ่งแก้ไขปัญหามีการพิจารณาตัวปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไข หาสิ่งสนับสนุนอย่างเหมาะสม และ 2) วิธีการมุ่งแก้ไขอารมณ์ เป็นการหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหา เป็นการเปลี่ยนแปลงหรือป้องกันตนเอง เพื่อผ่อนคลายความไม่สบายใจ โดยใช้กลไกการป้องกันตัวเองต่างๆ (ดวงพร สุรพงษ์พิพัฒน์, 2565) ดังนั้นการเลือกวิธีการจัดการความเครียดย่อมขึ้นอยู่กับตัวของบุคคล หากเลือกวิธีที่ไม่เหมาะสมก็จะไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้สำเร็จและอาจก่อให้เกิดโทษทั้งทางร่างกายและจิตใจของบุคคล ทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ทั้งในด้านเศรษฐกิจและความมั่นคงเนื่องจากนักเรียนเป็นอนาคตที่กำลังเจริญเติบโตต่อไปของครอบครัวและสังคม

โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา เป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่พิเศษ ประเภทโรงเรียนสหศึกษา เปิดสอนตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ก่อตั้งขึ้นเมื่อปีพ.ศ. 2516 ได้จัดการศึกษาจนเป็นที่ยอมรับของสังคมในการเป็นสถานศึกษาชั้นนำของโรงเรียนมัธยมศึกษาของไทย ในปีการศึกษา 2566 มีนักเรียนทั้งหมด 3,862 คน กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 1,980 คน ข้อมูลเฉลี่ยตั้งแต่ปีการศึกษา 2562-2565 นักเรียนที่จบจากโรงเรียนแห่งนี้ เข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78.74 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูง (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา, 2566) จากการลงไปเก็บข้อมูลแบบสอบถามและการสำรวจเบื้องต้นของนักวิจัยพบว่า โรงเรียนได้จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ยกย่องเชิดชูนักเรียนที่สอบเข้าศึกษาต่อระดับอุดมศึกษาได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะกดดันที่ทำให้นักเรียนเกิดความเครียดจากความคาดหวังและค่านิยมดังกล่าวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในวัยเรียนทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย ภายใต้กรอบแนวคิดเชิงสังคมและนิเวศวิทยา (socio-ecological model) (Glass & McAtee, 2006) ซึ่งเป็นโมเดลที่ใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ครอบคลุม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ เพศ ความภาคภูมิใจในตนเอง การจัดสรรเวลา ระดับผลการเรียน (นิธินี รุจิรังสีเจริญ และคณะ, 2564) กลุ่มการเรียนรู้ (กิริติ ผลิรัตน์, 2557; วรรณกร พลพิชัย และ จันทรา อัยเอง, 2561; สิประภา บุบผาวรรณ และคณะ, 2564) และยังพบว่าสาเหตุของความเครียดในวัยรุ่นมาจากความกังวลเรื่องอนาคตโดยเฉพาะการสอบเข้ามหาวิทยาลัย (นิธินี รุจิรังสีเจริญ และคณะ, 2564; Eppelmann et al., 2016) แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า ปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา เงินที่นักเรียนได้รับต่อเดือน การเข้าศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในหลายการศึกษา (สิประภา บุบผาวรรณ และคณะ, 2564; สุณีย์ กันแจ่ม และคณะ, 2565) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ามีความแตกต่างของบริบทพื้นที่ที่ทำการศึกษา และสื่อให้เห็นว่าความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับความเครียดยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสนใจอยู่ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความผูกพันทางอารมณ์กับครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์กับครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดี่ยว เศรษฐฐานะของครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว (นิธินี รุจิรังสีเจริญ และคณะ, 2564) และพบว่าสถานภาพสมรสของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียด (สุณีย์ กันแจ่ม และคณะ, 2565) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเพื่อน (นิธินี รุจิรังสีเจริญ และคณะ, 2564; Eppelmann et al., 2016) สัมพันธภาพกับครูที่โรงเรียน (สิประภา บุบผาวรรณ และคณะ, 2564; ไรจกร ลีอมงคล, 2564) สภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

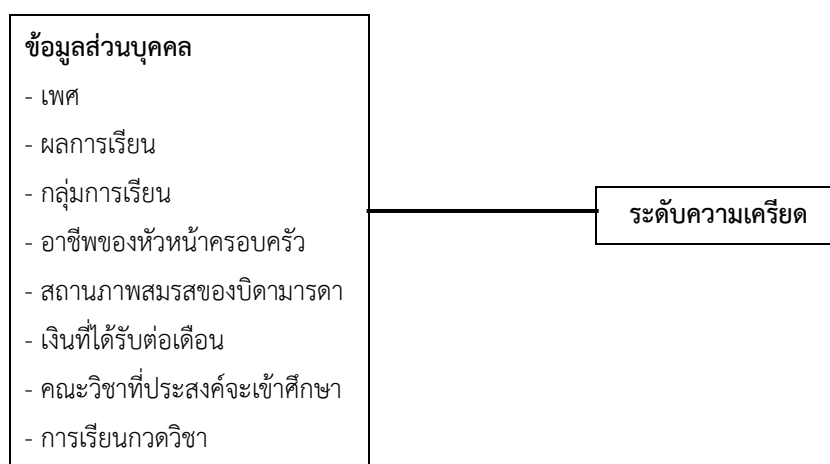
(สุนีย์ กันแจ่ม และคณะ, 2565) ภูมิทัศน์ของโรงเรียน (สิประภา บุบผาวรรณ และคณะ, 2564) มีความสัมพันธ์กับความเครียด

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดในด้านปัจจัยส่วนบุคคลยังมีความขัดแย้งในผลการศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อระดับความเครียดในระดับบริบทพื้นที่ ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาข้อมูลของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดนครราชสีมาด้านข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความเครียดและการจัดการความเครียดเกี่ยวกับการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อนักเรียน ผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รู้ตระหนักถึงความเครียดของนักเรียนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียน อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาให้นักเรียนพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่กดดัน และมีวิธีการจัดการสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้จะเป็นแนวทางในการศึกษาวิธีการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการจัดการความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (correlation descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนในระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปีการศึกษา 2563 จำนวน 665 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปีการศึกษา 2563 จำนวน 250 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของยามาเน (Yamane, 1973) ได้เท่ากับ 249.76 จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน ใช้วิธีสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากชื่อนักเรียนในแต่ละกลุ่มการเรียน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัดส่วนการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากร

กลุ่มการเรียน	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
กลุ่มการเรียนวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์	374	141
กลุ่มการเรียนคณิตศาสตร์ ภาษาอังกฤษ และเทคโนโลยี	101	41
กลุ่มการเรียนภาษาไทย สังคมศึกษา การงานอาชีพ และเทคโนโลยี	66	25
กลุ่มการเรียนภาษาต่างประเทศ	114	43
รวม	665	250

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยค้างนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ ผลการเรียน กลุ่มการเรียน อาชีพของหัวหน้าครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา เงินที่ได้รับต่อเดือน คณะวิชาที่ประสงค์จะเข้าศึกษา และการเรียนกวดวิชา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ พิมพ์มาศ ตาปัญญา (2541) ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด ระดับความเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย ระดับความเครียด 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง ระดับความเครียด 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก ระดับความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ เครียดน้อย (0-23 คะแนน) เครียดปานกลาง (24-41 คะแนน) เครียดมาก (42-61 คะแนน) และ เครียดมากที่สุด (62 คะแนนขึ้นไป) คะแนนต่ำสุด-สูงสุด อยู่ระหว่าง 0-100

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงและพัฒนาจากแบบสอบถามของ ชนิกันต์ ขำเหมือน (2558) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 3 วิธีหลัก ได้แก่ 1) การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา 2) การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และ 3) การจัดการความเครียดแบบการทำกิจกรรมทดแทน ตัวอย่างข้อคำถามการจัดการความเครียด เช่น การขอคำปรึกษาจากครู พ่อแม่ หรือเพื่อน

การทํากิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา การรับประทานอาหารที่ชื่นชอบ การทำงานอดิเรก การพบหมอและทานยาคลายเครียด ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีลักษณะเลือกตอบ 4 ระดับ ข้อความทางบวก ให้คะแนน ดังนี้ ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีการนั้นเลย ให้ 1 คะแนน น้อย หมายถึง ใช้วิธีการนั้นบ้างเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน ปานกลาง หมายถึง ใช้วิธีการนั้นปานกลาง ให้ 3 คะแนน และ มาก หมายถึง ใช้วิธีการนั้นเป็นส่วนใหญ่ ให้ 4 คะแนน ส่วนข้อความทางลบ จะให้คะแนนตรงข้ามกัน การแปลผลการจัดการความเครียด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ไม่ดี (1-26 คะแนน) ปานกลาง (27-53 คะแนน) ดี (54 คะแนนขึ้นไป) คะแนนต่ำสุด-สูงสุด อยู่ระหว่าง 1-80 คะแนน และแปลความหมายของระดับคะแนน โดยใช้ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ ของผลคะแนนเป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์ ในการวิเคราะห์ ตามแนวคิดของเบส (Best, 1993) มีรายละเอียดดังนี้ 1.00-1.49 เท่ากับ มีการจัดการความเครียด วิธีนั้น ๆ ในระดับต่ำมาก 1.50-2.49 เท่ากับ มีการจัดการความเครียดวิธีนั้น ๆ ระดับต่ำ 2.50-3.49 เท่ากับ มีการจัดการความเครียดวิธีนั้น ๆ ในระดับปานกลาง 3.50-4.49 เท่ากับ มีการจัดการความเครียดวิธีนั้น ๆ ในระดับสูง 4.50-5.00 เท่ากับ มีการจัดการความเครียดวิธีนั้น ๆ ในระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity: CVI) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเครียด และแบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์สาขาวิชาสุขภาพจิต สาขาวิชานามัยโรงเรียน และสาขาวิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความเครียดของนักเรียน มีค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค (index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 ถึง 1.00 และมีค่า CVI เท่ากับ 0.75 ส่วนแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความเครียด มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 ถึง 1.00 และค่า CVI เท่ากับ 0.80 และนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในโรงเรียนที่ไม่ใช่พื้นที่ทำการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียดและแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีความเชื่อมั่น เท่ากับ .86 และ .75 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลข HE-047-2564 วันที่รับรอง 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 วันที่หมดอายุ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดต่อและเชิญชวนเข้าร่วมโครงการผ่านหัวหน้าห้องเรียน และได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนเข้าร่วมการวิจัย ก่อนจะขอให้นักเรียนลงนามในเอกสารยินยอมให้ข้อมูล ทั้งนี้หากเป็นนักเรียนที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ อายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุญาต

จากผู้ปกครอง พร้อมทั้งให้ผู้ปกครองลงนามในเอกสารอนุญาตให้บุตรให้ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ไปยังโรงเรียนที่จะศึกษาวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 6 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม ชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์ผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยวิธี แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับความเครียด ด้วยการใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เนื่องจากเมื่อตรวจสอบด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) แล้วพบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม 3.50 ขึ้นไป ร้อยละ 45.20 รองลงมา คือ 3.00-3.49 ร้อยละ 36.40 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเรียนกลุ่มการเรียนวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ ร้อยละ 56.40 รองลงมาเรียนกลุ่มภาษาศาสตร์ ร้อยละ 17.20 กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งได้รับเงินต่อเดือน จำนวน 2,000-3,999 บาท ร้อยละ 49.20 รองลงมา 4,000-5,999 ร้อยละ 33.60 อาชีพของหัวหน้าครอบครัวคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.00 รองลงมาคือ รับราชการ ร้อยละ 27.20 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 69.20 คณะวิชาที่ประสงค์จะเข้าศึกษาเป็นอันดับแรกส่วนใหญ่คือด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ร้อยละ 32.00 รองลงมาคือด้านการศึกษา ร้อยละ 21.20 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเรียนกวดวิชา ร้อยละ 70.80

ส่วนที่ 2 ระดับความเครียดและการจัดการความเครียด

ผลการศึกษาระดับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกือบครึ่งมีระดับความเครียดอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 46.80 รองลงมาความเครียดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 45.20 ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.20 และ ความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 0.80 ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการศึกษาการจัดการความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 88.40 รองลงมาจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี และมีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 10.00 และร้อยละ 1.60 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด ($n=250$)

	ช่วงคะแนน	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความเครียด		
มากที่สุด	62 คะแนนขึ้นไป	117 (46.80)
มาก	42-61 คะแนน	113 (45.20)
ปานกลาง	24-41 คะแนน	18 (7.20)
น้อย	1-23 คะแนน	2 (0.80)
การจัดการความเครียด		
ดี	54 คะแนนขึ้นไป	25 (10.00)
ปานกลาง	27-53 คะแนน	221 (88.40)
ไม่ดี	1-26 คะแนน	4 (1.60)

ผลการศึกษาการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.75$) การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.45$) และการจัดการความเครียดแบบทำกิจกรรมทดแทนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.98$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการจัดการความเครียด ($n=250$)

การจัดการความเครียด	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. แบบมุ่งแก้ปัญหา	2.75	.70	ปานกลาง
2. แบบมุ่งแก้ไขอารมณ์	2.45	.48	ต่ำ
3. แบบทำกิจกรรมทดแทน	2.98	.39	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับความเครียด

1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับความเครียด พบว่า กลุ่มการเรียนรู้ และคณะวิชาที่ประสงค์จะเข้าศึกษาเป็นอันดับแรก มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ในขณะที่ เพศ อาชีพของหัวหน้าครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา และการเรียนกวดวิชา ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ส่วน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเครียด ($n=250$)

ตัวแปร	ระดับความเครียด จำนวน (ร้อยละ)		Chi-Square (χ^2)	P-value
	เครียดน้อย	เครียดปานกลาง และเครียดมาก		
เพศ			1.542	.214
ชาย	58 (58.0)	42 (42.0)		
หญิง	75 (50.0)	75 (50.0)		
กลุ่มการเรียนรู้			12.827	.000**
กลุ่มวิทยาศาสตร์	61 (43.3)	80 (56.7)		
กลุ่มการเรียนรู้อื่น	72 (66.1)	37 (33.9)		

ตัวแปร	ระดับความเครียด จำนวน (ร้อยละ)		Chi-Square (χ^2)	P-value
	เครียดน้อย	เครียดปานกลาง และเครียดมาก		
อาชีพของหัวหน้าครอบครัว			2.449	.485
รับจ้างทั่วไป	53 (55.8)	42 (44.2)		
ราชการ	33 (48.5)	35 (51.5)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	32 (50.0)	32 (50.0)		
เกษตรกร	15 (65.2)	8 (34.8)		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา			4.242	.992
อยู่ด้วยกัน	92 (53.2)	81 (46.8)		
สถานภาพอื่น ๆ	41 (53.2)	36 (46.8)		
คณะวิชาที่ประสงค์จะเข้าศึกษา			6.748	.009**
ด้านวิทยาศาสตร์	33 (41.3)	47 (58.8)		
สุขภาพ				
ด้านอื่น ๆ	100 (58.8)	70 (41.2)		
การเรียนกวดวิชา			0.105	.746
เรียน	93 (52.5)	84 (47.5)		
ไม่ได้เรียน	40 (54.8)	33 (45.2)		

** $p < .001$

2) ความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียน และรายได้ต่อเดือน กับระดับความเครียด พบว่า ผลการเรียน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = -0.264$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนเงินที่ได้รับต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียน และเงินที่ได้รับต่อเดือนกับระดับความเครียด ($n=250$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	(r)	p-value
ระดับความเครียด		
ผลการเรียน	-0.264	.000**
เงินที่ได้รับต่อเดือน	0.011	.865

** $p < .001$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. ระดับความเครียดและการจัดการความเครียด

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกือบครึ่งมีระดับความเครียดอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 46.80 อาจเนื่องมาจาก นักเรียนในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 เป็นช่วงวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ และมีสถานะที่อาจทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย เช่น ต้องมีการเตรียมตนเองสำหรับการเข้าสู่สนามแข่งขันเพื่อคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา ซึ่งต่างคนต่างต้องการที่จะได้ศึกษาต่อในคณะ/สาขา/มหาวิทยาลัยที่ตนเองต้องการ แต่ด้วยจำนวนที่คณะเหล่านั้นสามารถรับได้มีจำกัด จึงต้องอาศัยวิธีการคัดเลือกนักเรียนที่มีความพร้อม

มากที่สุด ฉะนั้น นักเรียนจึงจำเป็นต้องเตรียมตนเองด้านวิชาการให้พร้อมสำหรับ การสอบแข่งขัน ด้วยสาเหตุเหล่านี้ จึงทำให้นักเรียนที่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเกิดความเครียดได้ ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา ความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอเมือง จังหวัดตรังของ วรรณกร พลพิชัย และ จันทรา อัยเอง (2561) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วนัญญา แก้วแก้วปาน (2564) ที่ทำการศึกษารื่องความเครียดของนักเรียนวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษาเขต 10 จังหวัดสมุทรสงคราม

ผลการศึกษาระดับการจัดการความเครียด พบว่า การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ($\bar{X}=2.75$) และการจัดการความเครียดแบบทำกิจกรรมทดแทน ($\bar{X}=2.98$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการจัดการความเครียดแบบ มุ่งแก้ไขอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.45$) อาจเป็นไปได้ว่า การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการ ความเครียดแบบทำกิจกรรมทดแทน เป็นการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเนื่องจากเป็นการจัดการกับสาเหตุ ของความเครียดที่ตรงประเด็นทำให้ส่งผลดีต่อบุคคล คือหากสามารถจัดการกับต้นเหตุได้ดีจะช่วยลดระยะเวลาที่ทำให้ เกิดความเครียดได้ ซึ่งการที่นักเรียนใช้วิธีจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหและทำกิจกรรมทดแทนมากกว่าวิธีอื่น อาจเนื่องมาจาก นักเรียนได้รับคำแนะนำจากบุคคลรอบข้างหรือได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น ผู้ปกครอง เพื่อน ครู อาจารย์ เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณกร พลพิชัย และ จันทรา อัยเอง (2561) ส่วนการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์นั้น เป็นพฤติกรรมที่บุคคลจะควบคุมความเครียดทางอารมณ์ โดยการปรับความรู้สึกเพื่อรักษาสมดุล ภายในจิตใจนำไปสู่แนวทางที่จะรับรู้เหตุการณ์แต่เหตุการณ์ไม่เปลี่ยนแปลง (อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และ ชัยพฤติน ชำนาญ, 2559) เช่น การปลอบใจตนเองไม่ให้กังวลกับสิ่งต่างๆ การสวดมนต์ หรือ ยึดสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่งหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น เป็นต้น ซึ่งการศึกษานี้พบว่า นักเรียนใช้วิธีดังกล่าวในระดับต่ำ อาจเป็นไปได้ว่า การจัดการแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ของตนเองนั้นจำเป็นที่จะต้องได้รับการฝึกฝน/พัฒนาจึงจะสามารถใช้ จัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งอารมณ์ในวัยรุ่นนั้นมีความแปรปรวนและเปลี่ยนแปลงง่ายจากปัจจัย หลายอย่าง เช่น ฮอรโมน หรือปัจจัยทางสังคมและครอบครัว กลุ่มเพื่อน เป็นต้น จึงเป็นสิ่งที่ควบคุมและจัดการได้ยาก (กรมสุขภาพจิต, 2565)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับความเครียด

ผลการศึกษา พบความสัมพันธ์กับข้อมูลส่วนบุคคล 3 ประเด็น ได้แก่ ผลการเรียน กลุ่มการเรียน และคณะ วิชาที่ประสงค์จะเข้าเรียน โดยผลการเรียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียด ($r=-0.264$, $p<.001$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนเฉลี่ยต่ำมีระดับความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสูง อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนเฉลี่ยต่ำ มีระดับความเครียดสูงเพราะไม่เข้าใจในการเรียน เรียนไม่ทันกลุ่มเพื่อน เข้าใจช้า มีความรับผิดชอบจำกัดหรือน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสูง และด้วยภาวะที่มีการแข่งขันสูง อาจก่อให้เกิดความรู้สึกกดดันกับตัวเองสูงในเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือกดดันจากความคาดหวังของครอบครัว จนทำให้เกิดความวิตกกังวลและมีระดับความเครียดสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กิรติ ผลิรัตน์ (2557) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ที่เรียนกวดวิชาเพื่อศึกษาต่อ ในระดับอุดมศึกษา กลุ่มการเรียนมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ($\chi^2=12.827$, $p<.001$) โดยพบว่า กลุ่มการเรียน

วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ มีระดับความเครียดในระดับมากที่สุดในส่วนที่มากกว่ากลุ่มการเรียนอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากกลุ่มการเรียนวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์มีการเรียนที่หนักกว่ากลุ่มการเรียนอื่น ๆ มีทั้งการเรียนในรายวิชาเคมี ชีววิทยา ฟิสิกส์ และในวิชาด้านการคำนวณ รวมถึงรายวิชาอื่น ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเครียดและกดดันตนเองสูงเพื่อที่จะมีผลการเรียนเฉลี่ยที่สูงเพื่อนำไปใช้ในการยื่นเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาตามคณะที่คาดหวังไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณกร พลพิชัย และจันทรา อัยเอง (2561) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาคความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มการเรียนมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สิประภา บุปผารรรณา และคณะ (2564) ที่ทำการศึกษารื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา เช่นกัน คณะวิชาที่ประสงค์ที่จะเข้าศึกษาเป็นอันดับแรกมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ($\chi^2=6.748, p<.05$) โดยในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการเข้าเรียนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพมากที่สุด ซึ่งเกณฑ์คะแนนในการรับเข้าศึกษาต่อระดับอุดมศึกษาในสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ใช้เกณฑ์ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรและเกณฑ์คะแนนในการเข้าศึกษาอยู่ในระดับสูงกว่าด้านวิชาอื่น ๆ ทำให้นักเรียนต้องมุ่งมั่น ตั้งใจตลอดเวลาเพื่อให้มีผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรสูงและสามารถทำคะแนนถึงเกณฑ์ที่คาดหวัง ซึ่งการศึกษานี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สิประภา บุปผารรรณา และคณะ (2564) ที่ทำการศึกษารื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับมากที่สุด และพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านผลการเรียน กลุ่มการเรียน และคณะวิชาที่ประสงค์จะเข้าศึกษาเป็นอันดับแรก มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของนักเรียน ควรตระหนักถึงประเด็นดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อวางแผนให้นักเรียนมีสมรรถนะในการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมต่อไป

2. จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และมีการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและทำกิจกรรมทดแทนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนแบบมุ่งจัดการอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมในการส่งเสริมให้นักเรียนมีการจัดการความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเชิงทดลองหรือเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการจัดการความเครียดโดยเน้นการพัฒนาแนวทางการจัดการความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์เพื่อพัฒนาสมรรถนะในการจัดการความเครียดของนักเรียนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2555). *คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่)*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2566, จาก <https://dmh.go.th/ebook/result2.asp?id=345>.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *สภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ในวัยรุ่น*. สืบค้นเมื่อ 19 ตุลาคม 2566, จาก <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2504>
- กิริติ ผลิรัตน์. (2557). ความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานครที่เรียนกวดวิชาเพื่อศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 32(2), 13-28.
- ชนิกานต์ ขำเหมือน. (2558). *ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบุรีรัมย์พิทยาคม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงพร สุรพงษ์พิพัฒน์. (2565). *เคล็ดลับบอกเล่าความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 19 ตุลาคม 2566, จาก <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2469>.
- นิธิสนี รุจิรังสีเจริญ, นิดา ลิ้มสุวรรณ, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และ บัญญัติ ยงย่วน. (2564) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(1), 53-68.
- เนตรดาว ปทุมพร และ นวพล นนทภา. (2563). การศึกษาความเชื่อของครูเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ที่ส่งผลต่อเจตคติทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 14(3), 151-158.
- โรจนกร ลีอมงคลชัย. (2564). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุความเครียดในการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีการเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียนเมืองพญาแลวิทยา จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์*, 8(2), 117-129.
- วันัญญา แก้วแก้วปาน. (2564). การศึกษาความเครียดของนักเรียนวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 32(2), 13-28.
- วรรณกร พลพิชัย และ จันทรา อู่เอง. (2561). การศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. *วารสารนาคบุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 10(พิเศษ), 94-106.
- สิประภา บุบผาพรรณ, ประจวบ แหลมหลัก และ อนุกุล มะโนทน. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 7(4), 128-140.
- สุนีย์ กันแจ่ม, เติ้จการ กันแจ่ม, ธนโชติ เฉลยสาร, กาญจนา วันหน่อแก้ว, จันทนา แซ่จ้าว, น้ำทิพย์ วังซ้าย, ... พชรินทร์ ดินเขียว. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการจัดการความเครียดของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุดรดิตถ์. *วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์*. 2565(2), 1-10.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ พิมพมาศ ตาปัญญา. (2541). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. *วารสารสวนปรุง*. 13(3), 1-20.

- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษานครราชสีมา. (2566). ระบบสารสนเทศข้อมูลนักเรียน. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2566, จาก <https://bigdata.mattayom31.go.th/info/index.php>
- อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และ ชัยพฤกษ์ ชำนาญ. (2559). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยชายที่เข้ารับการรักษาพยาบาลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- Best, J. W. (1993). *Research in Education*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress coping and appraisal*. New York: Springer.
- Glass, T. A., & McAtee, M. J. (2006). Behavioral science at the crossroads in public health: extending horizons, envisioning the future. *Social Science Medicine*, 62(7), 1650–1671.
- Eppelmann, L., Parzer, P., Lenzen, C., Buerger, A., Haffner, J., Resen, F., ... Kaess, M. (2016). Stress, coping and emotional and behavioral problems among German high school students. *Mental Health & Prevention*, 4(2), 7-81.
- Taro Yamane. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: New York: Harper & Row.

ประสบการณ์ของพ่อแม่ในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัย : การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา

จิตติวีร์ เกียรติสุวรรณ, พย.ม.¹ พีรพรรณ อภิวงศ์วาร, พย.ม.^{1*}

พลอยพัชรา แก้ววิเศษ, พย.ม.² ปริศนา นวลบุญเรือง, พย.ด.¹

สุภาภรณ์ สมพาน, พย.ม.³ อรรรณ ผดุงการณ, ศษ.ม.⁴

สมปรารถนา สุตใจนา, ปร.ด.⁵

บทคัดย่อ

การจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อย่างถูกต้องและมีประสิทธิผลในเด็กปฐมวัยจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ซ้ำ ๆ สามารถป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาครั้งนี้เพื่อศึกษาการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัยตามรูปแบบ Antecedent-Behaviour-Consequence ABC อาสาสมัครการวิจัยเป็นพ่อหรือแม่ของเด็กปฐมวัยจำนวน 15 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ในมุมมองของพ่อแม่มีทั้งหมด 5 กลุ่ม ได้แก่ ความก้าวร้าวและความรุนแรง เอาแต่ใจตนเองเจ้าอารมณ์ไม่มีเหตุผล การต่อต้านและฝ่าฝืนต่อคำสั่ง การฝ่าฝืนกฎ กติกา และมารยาททางสังคม และ บอกความต้องการทางอ้อม พ่อแม่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมการจัดการพฤติกรรมไม่พึงประสงค์โดยใช้รูปแบบ ABC ทำให้ไม่ได้ใช้กลยุทธ์อย่างเป็นระบบ และไม่ได้ใช้กลยุทธ์อย่างสม่ำเสมอ ผู้ปกครองใช้กลยุทธ์ทั้งเชิงบวกและเชิงลบในการจัดการกับพฤติกรรม กลยุทธ์เชิงบวกที่ใช้ ได้แก่ การทำข้อตกลงกับเด็กก่อนการเกิดพฤติกรรม การรื้อ และการชมเชย กลยุทธ์เชิงลบ ได้แก่ การตอบสนองตามที่เด็กต้องการทุกอย่าง และการขาดการให้ข้อมูลย้อนกลับ การขาดความรู้และทักษะในการจัดการพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ทำให้พ่อแม่ไม่สามารถใช้กลยุทธ์ก่อนเกิดพฤติกรรม ขณะเกิดพฤติกรรม และหลังเกิดพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการจัดการฝึกอบรมโดยใช้รูปแบบ ABC สำหรับผู้ปกครอง

คำสำคัญ: พฤติกรรมไม่พึงประสงค์, รูปแบบ ABC, เด็กปฐมวัย, พ่อแม่

วันที่รับ: 21 กันยายน 2566 วันที่แก้ไข: 14 พฤศจิกายน 2566 วันที่ตอบรับ: 19 พฤศจิกายน 2566

¹ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล peeraphan_api@scmr.ac.th

² อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

³ โรงพยาบาลสันกำแพง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

⁴ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

⁵ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Parents' experiences in the management of early childhood challenging behaviours: A descriptive qualitative study

Jittavee Kiartsuwan M.S.N.¹ Peeraphan Apiwongworn M.S.N.^{1*}
Ploypatcha Kaewwiset M.S.N.² Prissana Naunboonruang D.S.N.¹
Supaporn Somphan M.S.N.³ Orawan Phadungkarn M. Ed.⁴
Sompratthana Sudjainark Ph.D.⁵

Abstract

Appropriate and effective management of challenging behaviours helps prevent young children from repeating the behaviours leading to the prevention of short-term and long-term negative consequences. This descriptive qualitative study was to describe parents' management of early childhood challenging behaviours based on Antecedent-Behaviour-Consequence model (ABC model). The participants were 15 parents of children of early childhood age. Data were collected through semi-structured in-depth interviews. Content analysis was performed. Results: Challenging behaviours from parents' perspective were classified into five groups: aggression and violence, self-centeredness and fussiness, resistance and violation of parental orders, violation of social rules and etiquettes and indirect expression of needs. None of the parents had ever received training on ABC management of challenging behaviours. This resulted in nonsystematic and inconsistent use of the ABC strategies. A combination of positive and negative strategies was evident. Positive strategies included setting agreement prior to exposure to trigger, delayed gratification and praising. Negative strategies included instant gratification and indifference. Lack of knowledge and skills about systematic management of early childhood challenging behaviours resulted in suboptimal use of antecedent, behaviour and consequence strategies. A training based on ABC model should be offered to parents.

Keywords: Challenging behaviours, ABC model, Childhood, Parents

Received: Sep 21, 2023 Revised: Nov 14, 2023 Accepted: Nov 19, 2023

1 Nurse instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son College

* Corresponding author, E-mail: peeraphan_api@g.cmru.ac.th

2 Nurse instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai Rajabhat University

3 Sankampaeng Hospital, Sankampaeng District, Chiang Mai Province

4 Chiang Mai Rajabhat University Demonstration School, Mae Hong Son College

5 Nurse instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

บทนำ

การแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสมจะช่วยให้เด็กวัยก่อนเรียนเข้ากับเด็กในวัยใกล้เคียงกันและวัยผู้ใหญ่ได้ดี และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดีและเหมาะสมจะส่งผลให้เด็กเหล่านี้ได้ใช้เวลากับผู้อื่นอย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาและปลูกฝังความคิด ทักษะชีวิต และทักษะสังคม ซึ่งทักษะเหล่านี้เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นด้วยความสงบสุขเมื่อมีวัยเพิ่มขึ้น ดังนั้นการปลูกฝังและกล่อมเกลาพฤติกรรมจึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการตั้งแต่เยาว์วัย และพ่อแม่จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการอบรมบุตรหลานจึงจะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Conroy, Sutherland, Algina, Werch, & Ladwig, 2018; Schwartz, Waddell, Barican, Andres, & Gray-Grant, 2016; McGilloway et al., 2012) ข้อมูลที่มีอยู่จำกัด พบว่า เด็กไทยช่วงปฐมวัย (อายุ 3-6 ปี) มีอัตราการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (challenging behaviours) หรือพฤติกรรมที่มีปัญหา (problematic behaviours) ในเด็กก่อนวัยเรียนเฉลี่ยร้อยละ 11.9 (ร้อยละ 3.7–24.0) (Teekavanice, Chantaratin, Sirisakpanit & Taraksa, 2017) ซึ่งใกล้เคียงกับสถิติของประเทศออสเตรเลียที่มีอัตราการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 15 ถึง 17 (Koritsas & Lacono, 2012a) ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อาจอยู่ในลักษณะการแสดงออกทางกาย วาจา และอารมณ์ในรูปแบบความก้าวร้าว การรบกวนผู้อื่น หรือขัดจังหวะ เป็นต้น มีความรุนแรง รวมถึงพฤติกรรมอื่นๆ ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม (Aksoy, 2020) โดยมีสาเหตุและปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ความรุนแรงในครอบครัว ผู้ปกครองไม่มีเวลาเอาใจใส่บุตรหลานเนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน สภาพร่างกายและจิตใจของเด็กที่อาจส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม เช่น เด็กพิเศษ หรือเจ็บป่วย ปัจจัยด้านโรงเรียนและครูผู้สอน เช่น ห้องเรียนขนาดใหญ่ทำให้ครูดูแลนักเรียนไม่ทั่วถึง ความเข้มงวดในการสร้างวินัย และการทำโทษ (Patmaik, Sharma, & Subban, 2022) การขาดทักษะในการสื่อสารและภาษาของเด็กปฐมวัยอาจทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้เนื่องจากไม่สามารถสื่อสารสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือสิ่งที่ตนเองให้ความสนใจ หรือสิ่งที่ตนเป็นปัญหาของตนเองต่อผู้อื่นได้ (Koritsas & Lacono, 2012b) ข้อจำกัดของเด็กวัยนี้ คือ การควบคุมอารมณ์ของตนเอง การขาดทักษะด้านความยืดหยุ่น และการปรับตัวเข้ากับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการไม่สามารถคิดถึงผลกระทบของการกระทำของตนเองต่อผู้อื่น อาจทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ (Chazin & Ledford, 2016) นอกจากนี้การถูกเพิกเฉยจากพ่อแม่ ผู้ดูแล หรือคุณครู เพราะคิดว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นธรรมชาติของเด็ก (Meadan, Ayvaso, & Ostrosky, 2014; Wolkorte, Houwelingen Kroezen, 2019) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สื่อบันเทิง หรือเกมส์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความก้าวร้าว ความรุนแรงในครอบครัวและสังคม จนกระทั่งการเลียนแบบกัน อาจมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมทำให้เกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กปฐมวัยได้ (Tanwar, 2016)

พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัวทั้งระยะสั้นและระยะยาว (Chazin & Ledford, 2016; Gura, 2018) โดยในระยะสั้นทำให้เด็กปฐมวัยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยลง สนใจการเรียนรู้ลดลง เกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย และมีปัญหาทางด้านอารมณ์ เกิดความตึงเครียดในครอบครัว ในระยะยาว คือ เมื่อเข้าสู่วัยเรียนและวัยผู้ใหญ่ จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาอาชญากรรม หยุดพักการเรียน ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการทำงาน ปัญหาการล้มเหลวซ้ำ ๆ ปัญหาการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาบุคลิกภาพ เป็นต้น (Chazin & Ledford, 2016) อนึ่งการที่เด็กแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ไม่ได้หมายความว่าเด็กเป็นเด็กที่มีปัญหา เนื่องจาก

การที่เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อาจเกิดจากสาเหตุและปัจจัยหลายอย่าง เช่น ช่วงอายุของเด็ก ความเจ็บป่วย บุคคลแวดล้อม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ทำให้เด็กไม่สุขสบาย สถานการณ์ที่เหนียวน่าอารมณ์และความรู้สึก (Lulla, Mascarenhas, How, & Yeleswarapu, 2019) พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อาจจะเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนถึงธรรมชาติ และลักษณะของเด็กในช่วงปฐมวัย โดยที่พฤติกรรมดังกล่าวอาจเกิดขึ้นบ่อยครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง แต่พฤติกรรมเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำพฤติกรรมดังกล่าวและป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบกับเด็กและผู้อื่นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Hammerton, Murray, Maughan, Barros, Goncalves et al., 2019) รูปแบบการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัยที่มีการใช้ในต่างประเทศ เช่น ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา แคนาดา อังกฤษ และนิวซีแลนด์ ประกอบด้วย Positive Behavior Support, Pyramid Model และ Antecedent-Behaviour-Consequence model (ABC model) โดยที่รูปแบบ ABC (Lee, Hacker, Meadan, & Haidar, 2022) เป็นรูปแบบที่มีการใช้อย่างแพร่หลายเนื่องจากมีขั้นตอนการจัดการกับพฤติกรรมที่สอดคล้องกับลำดับของสถานการณ์และระยะของการแสดงพฤติกรรม กล่าว คือ มีการประเมินโอกาสในการเกิดพฤติกรรมด้วยการคาดการณ์สิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม (antecedent) การประเมินเหตุผลของการแสดงพฤติกรรม (functional behaviour assessment: FBA) และมีการเลือกใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับพฤติกรรมตามลำดับสถานการณ์และระยะพฤติกรรม ได้แก่ กลยุทธ์ก่อนเกิดพฤติกรรม (antecedent strategy: A) ซึ่งเป็นการคาดการณ์ว่าเด็กจะเผชิญกับสถานการณ์อะไร และมีโอกาสจะเกิดพฤติกรรมอะไร และเลือกใช้กระบวนการหรือวิธีการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และหากเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็ทำการประเมินการทำหน้าที่ของพฤติกรรม (FBA) เพื่อค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมว่าเด็กต้องการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ ต้องการครอบครองสิ่งใด หรือเป็นการตอบสนองต่อความสุขสบายของร่างกาย จากนั้นใช้กลยุทธ์ขณะเกิดพฤติกรรม (replacement behaviour skills strategy: B) ซึ่งมุ่งให้เด็กใช้พฤติกรรมที่เหมาะสมแทนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การบอกความต้องการแทนการกรีดร้อง และเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมก็เลือกใช้กลยุทธ์หลังเกิดพฤติกรรม (consequence strategy: C) เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รู้ว่าจะต้องแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างไรในอนาคต และป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ

ในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัยน้อยมากและยังไม่ปรากฏว่า มีการนำรูปแบบ ABC มาใช้ในการจัดการพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีความหลากหลายในการให้คำนิยามพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มเด็กวัยนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ รูปแบบ ABC ผู้วิจัยซึ่งประกอบไปด้วยพยาบาล สาขากายภาพบำบัด สาขากายภาพบำบัดสุขภาพจิต สาขากายภาพบำบัดชุมชน และนักการศึกษาสาขากายภาพบำบัด ได้จัดทำโครงการพัฒนาสมรรถนะผู้ปกครองในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัยโดยใช้รูปแบบ ABC ในพื้นที่เป้าหมายการพัฒนาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน จึงได้ทำการศึกษาว่าพ่อแม่หรือผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กปฐมวัยตามรูปแบบ ABC มากน้อยเพียงใด โดยเริ่มทำการศึกษาในสถานศึกษาซึ่งจัดการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อนำประสบการณ์ของพ่อแม่ไปสู่การออกแบบและวางแผนพัฒนาสมรรถนะพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้รูปแบบ ABC ในพื้นที่ของจังหวัด และเครือข่ายความร่วมมือของทีมวิจัยในจังหวัดอื่น ๆ สำหรับการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยได้กำหนดชื่อภาษาไทยของรูปแบบ ABC เป็นรูปแบบ ก-ข-ค กล่าวคือ ก่อนเกิดพฤติกรรม-ขณะเกิดพฤติกรรม-วันหลังของพฤติกรรม เพื่อง่ายต่อการสื่อสารและการประยุกต์ใช้รูปแบบในบริบทประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายประสบการณ์และมุมมองของพ่อแม่ในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กปฐมวัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) (Lambert & Lambert, 2012; Sandelowski, 2000) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งค้นหารายละเอียดของประเด็นปัญหาที่สนใจ เพื่อได้คำตอบที่นำไปสู่การออกแบบกิจกรรมการพัฒนาที่สอดคล้องกับประสบการณ์และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย หรือได้ข้อมูลนำเข้าประกอบการพัฒนาแบบสอบถามสำหรับการสำรวจเชิงปริมาณ โดยปกติการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนามักจะไม่มีกำหนดแนวคิดเชิงปรัชญา (philosophical framework) เหมือนกับการวิจัยเชิงคุณภาพในรูปแบบอื่น ๆ แต่อาจใช้กรอบทฤษฎี (theoretical framework) เป็นแนวทางสำหรับการเก็บข้อมูลได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัย ตามแนวคิดของ ABCs model of challenging behaviours management (Meadan, Ayvazo, & Ostrosky, 2014) เป็นแนวทางในการออกแบบการเก็บข้อมูลเพื่ออธิบายประสบการณ์ของพ่อแม่ในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กปฐมวัย

ผู้ให้ข้อมูล

อาสาสมัครการวิจัยครั้งนี้เป็นพ่อแม่ของเด็กปฐมวัยจากโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายการพัฒนาของมหาวิทยาลัย จำนวน 15 คน โดยคำนึงถึงความสมัครใจในการที่จะให้ข้อมูลเป็นหลัก เป็นพ่อหรือแม่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อายุของบุตรคนปัจจุบันอยู่ระหว่าง 3-6 ปี โดยผู้ให้ข้อมูลต้องมีทั้งผู้ที่มีบุตรคนแรกและมีบุตรมากกว่า 1 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบคัดกรองพฤติกรรมไม่พึงประสงค์และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพ่อแม่ เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัย ลักษณะของครอบครัว ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย การได้รับความรู้และทักษะในการจัดการพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กปฐมวัย

2. แบบคัดกรองการเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กปฐมวัยในรอบ 1 สัปดาห์ จำนวน 19 พฤติกรรม โดยกำหนดค่าความถี่ของการเกิดขึ้น คือ บ่อยมาก บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง น้อยครั้ง และไม่มีเลย

3. แนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ได้แก่ 1) ในเหตุการณ์ที่บุตรหลานของท่านแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ท่านคิดว่าพฤติกรรมนั้นเป็นปัญหากับท่าน ตัวเด็กเอง ครอบครัว หรือ ผู้อื่นหรือไม่อย่างไร 2) ท่านเคยได้ยินหรือมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยใช้รูปแบบ ABC หรือไม่อย่างไร 3) ท่านได้ใช้กลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กก่อนการเกิดพฤติกรรม ขณะเกิดพฤติกรรม และหลังการเกิดพฤติกรรมหรือไม่อย่างไร 4) ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่ท่านพบมีอะไรบ้าง 5) อะไรบ้างที่ช่วย

ทำให้ท่านจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรหลานของท่านได้สำเร็จ และ 6) ท่านจัดการกับปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร

ซึ่งแบบคัดกรองการเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กปฐมวัยและแนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยพัฒนาจากการประยุกต์ข้อคำถามที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ในวันที่ 14 มิถุนายน 2566 หมายเลขรับรอง IRBCMRU 2023/228.07.06 โดยการวิจัยครั้งนี้ ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ การเคารพในการขอความยินยอมโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระ การเคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร การเคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัว ของอาสาสมัคร และ การเคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อยเปราะบาง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ในวันที่ 14 มิถุนายน 2566 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ตามแผนการดำเนินงานต่าง ๆ และเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในวันที่ 15 กรกฎาคมถึงวันที่ 25 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติดังนี้ 1) ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อติดต่อกับพ่อหรือแม่ของเด็กปฐมวัย 2) อธิบายกับอาสาสมัครการวิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง และอาสาสมัครการวิจัยมีอิสระในการถอนตัวออกจากการวิจัยทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาเล่าเรียนของเด็ก การวิเคราะห์ข้อมูล และจะนำเสนอผลการวิจัยโดยการปกปิดชื่อนามสกุล และที่อยู่จริง และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกทำลายหลังเก็บไว้ที่ห้องเก็บข้อมูลเป็นเวลา 3 ปี

2. การสัมภาษณ์อาสาสมัครการวิจัย ผู้วิจัยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูล และดำเนินการสัมภาษณ์อาสาสมัครการวิจัยทีละคนโดยใช้แบบคัดกรองพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กปฐมวัย เมื่อแล้วเสร็จผู้วิจัยได้คัดเลือกพฤติกรรมที่มีความถี่สูง 3 ลำดับแรกมาถามเจาะประเด็นที่ละพฤติกรรมจนครบทั้ง 3 พฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่พ่อแม่เห็นว่าควรได้รับการป้องกันและจัดการมากที่สุดเนื่องจากเกิดขึ้นบ่อยและ/หรือส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและบุคคลอื่น โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่กล่าวแล้วด้านบน การสัมภาษณ์ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณคนละ 40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นไว้เบื้องต้น (template analysis) ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ลักษณะพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และผลกระทบ 2) การจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และ 3) ลักษณะการใช้กลยุทธ์ ABC ในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งประเด็นทั้งสามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นได้ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อพรรณานายละเอียดของแต่ละประเด็นที่ได้กำหนดไว้เบื้องต้น ในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหานี้มีกระบวนการดังต่อไปนี้ 1) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของประสบการณ์ของผู้ดูแล 2) ค้นหาหน่วยข้อมูลที่แสดงถึงเนื้อหาภายใต้ประเด็นที่กำหนดไว้ 3) จัดหมวดหมู่ของหน่วยข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงกัน 4) ตั้งชื่อแต่ละหมวดหมู่ และ 5) ทบทวนและตรวจสอบการจัด

หมวดหมู่ข้อมูลและการตั้งชื่อของหมวดหมู่ ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัยจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของผลการวิเคราะห์ (investigator triangulation)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า

1. ลักษณะของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์พ่อแม่ ทั้งหมด 15 คน เป็นแม่ 8 คน พ่อ 7 คน มีอายุระหว่าง 28-51 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาโท 1 คน ปริญญาตรี 13 คน และมัธยมศึกษาตอนต้น 1 คน มีอาชีพรับราชการ 11 คน ค้าขายและทำธุรกิจส่วนตัว 4 คน มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 40,000 บาท จำนวน 6 ครอบครัว 30,000 – 40,000 บาท จำนวน 5 ครอบครัว และ 15,000 – 29,999 บาท จำนวน 4 ครอบครัว ส่วนใหญ่เด็กที่ดูแลในปัจจุบัน เป็นลูกคนแรกของครอบครัว (จำนวน 9 ครอบครัว) ลักษณะครอบครัวแยกเป็น ครอบครัวเดี่ยว จำนวน 11 ครอบครัว ครอบครัวขยายจำนวน 4 ครอบครัว ครอบครัวหย่าร้าง 1 ครอบครัว แยกกันอยู่ 1 ครอบครัว ผู้ปกครองทุกคนเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก และ ไม่มีผู้ปกครองที่เคยได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการพฤติกรรมเด็กปฐมวัย ตามรูปแบบ ABC

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่มีลักษณะของพฤติกรรมใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน ตั้งชื่อกลุ่มและระบุผลกระทบ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า สามารถจัดแยกพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ถึง 5 กลุ่มพฤติกรรม แต่พฤติกรรมในแต่ละกลุ่มยังคงมีความเชื่อมโยงกันอยู่ เช่น พฤติกรรมเอาแต่ใจ เจ้าอารมณ์ อาจส่งผลเกิดเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมต่อต้านและฝ่าฝืนคำสั่งจะเกิดเป็นพฤติกรรมเอาแต่ใจ เจ้าอารมณ์ได้ หรือเกิดเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ในขณะเดียวกันพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ก็มีผลกระทบต่อร่างกาย การบาดเจ็บ เช่น พี่ชายตีน้องสาวเกิดรอยขีดตามร่างกาย หรือเด็กโกรธพ่อแม่ก็ทำร้ายตนเองโดยการฟาดหัวตนเอง ผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ปู้น้อยใจหลาน พี่น้อยใจคิดว่าพ่อแม่รักแต่น้องไม่รักตนเอง ผลกระทบต่อสมาธิ เช่น แม่เสียสมาธิในการขายของ พ่อเสียสมาธิในการทำงาน ผลกระทบต่ออารมณ์ เช่น พ่อหงุดหงิดเมื่อลูกทะเลาะกัน ผลกระทบต่อเวลา เช่น แม่ต้องรอให้เด็กยอมอาบน้ำ แม่รอให้เด็กทำตามคำสั่งด้วยตนเอง ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ เช่น แม่ต้องเสียเงินซื้อของเล่นให้ลูกชนิดเดียวกัน มีสีและขนาดเดียวกัน ผลกระทบต่อการเพิ่มภาระและความพยายาม เช่น พี่สาวต้องเพิ่มภาระในการทำตามคำสั่งแม่แทนน้อง แม่ต้องเพิ่มความพยายามในการคาดเดาความต้องการของลูก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มพฤติกรรม ลักษณะพฤติกรรม และผลกระทบ

กลุ่มของพฤติกรรม	ลักษณะพฤติกรรม	ผลกระทบ
1. ความก้าวร้าวและความรุนแรง	“ลูกชายมักจะทะเลาะและตีกับน้องสาวเพราะน้องสาวมาแย่งของเล่น ลูกชายไม่ชอบให้น้องสาวอยู่ใกล้เวลาตนเองทำอะไรที่ต้องใช้สมาธิ และลูกชายจะบอกให้น้องสาวออกไป” (พ่อแม่ คนที่ 15)	- ร่างกายของน้องสาวได้รับบาดเจ็บ มีรอยแดงซ้ำจากการถูกตี - ลูกชายคิดว่าแม่รักน้องสาวมากกว่าตนเอง - แม่ต้องเสียเงิน (ซื้อของเล่นแบบเดียวกันให้เล่น) - พ่อมีความหงุดหงิด (มักจะดุทั้งสองคนแต่ไม่ลงโทษ)

กลุ่มของพฤติกรรม	ลักษณะพฤติกรรม	ผลกระทบ
2. เอาแต่ใจตนเอง เจ้าอารมณ์ ไม่มีเหตุผล	“ลูกสาวไม่ชอบปู ชอบตูปู่ ทำร้ายไม่ให้ปู เข้าใกล้ หวงของกับปูไม่ให้ปูจับของเล่น บางครั้งพ่อแกล้ง กอดแม่ ลูกจะเข้ามาตีพ่อ” (พ่อแม่ คนที่ 14)	- ปูน้อยใจหลาน - เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมทำให้เด็กเอา แต่ใจ และก้าวร้าวมากขึ้น
	“ลูกจะทำร้ายน้อง ฟาดหัวตัวเอง เวลาโกรธพ่อแม่ ลูกจะฟาดหัวตัวเอง” (พ่อแม่ คนที่ 12)	- ลูกน้อยใจคิดว่าพ่อแม่รักแต่น้อง - ทำร้ายตนเอง - บาดเจ็บ
	“ลูกไม่ยอมอาบน้ำจะถ่วงเวลา ไม่อยากมาโรงเรียน ย่าต้องเอาใจพาไปนั่งเล่นที่ศาลาพักก่อนพาไปอาบน้ำ เมื่อขับ รถพาลูกมาถึงหน้าโรงเรียนลูกจะร้องไห้ บอกอยากอยู่กับพ่อ” (พ่อแม่ คนที่ 1)	- มาโรงเรียนสายเกือบไม่ทันเวลา - พ่อแม่เสียเวลา - ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมเอาแต่ใจ
3.การต่อต้านและฝ่าฝืนคำสั่ง	“ทำอะไรก็ต้องทำเดี๋ยวนี้ กินข้าวเดี๋ยวนี้ แม่พูดเสียงดังด้วย น้องก็จะพูดเสียงดังกับแม่ บางครั้งร้องไห้ไม่มีเหตุผล แม่ต้องปล่อยให้ร้องไห้ และถาม ลูกว่าร้องเสร็จแล้วหรือยัง ถ้าร้องเสร็จแล้วให้มาหาแม่นะ แม่ รออยู่ตรงนี้” (พ่อแม่ คนที่ 2)	- ส่งเสริมพฤติกรรมก้าวร้าว - ส่งเสริมพฤติกรรมเอาแต่ใจ
	“ได้ตกลงกับลูกก่อนซื้อขนมว่าให้ซื้อได้ หนึ่งชิ้น และให้เลือก เอง พอลูกเห็นขนมหลายชิ้นก็จะเอาแต่ใจจะเอาหลายชิ้น ถ้า แม่ไม่ซื้อให้ก็จะให้ยายซื้อให้” (พ่อแม่ คนที่ 3)	- ส่งเสริมพฤติกรรมเอาแต่ใจ - ไม่รักษาสัญญาหรือข้อตกลง
	“เวลาแม่ต้องการให้ลูกทำอะไรเร็ว ๆ ก็บอกลูกว่าทำเร็ว ๆ เดี๋ยวไม่ทันนะ ลูกก็จะทำตรงกันข้าม ทำช้ามากจนเราแทบ ทนไม่ไหว หรือถ้าเราบอกว่า กินข้าวเดี๋ยวนี้ ลูกก็จะไม่ยอม กิน” (พ่อแม่ คนที่ 9)	- แม่เสียเวลา - ลูกสะสมพฤติกรรมเอาแต่ใจ และต่อต้าน ฝ่าฝืนคำสั่งมากขึ้น
4. การฝ่าฝืน กฎ กติกา และมารยาททางสังคม	“หลังจากกินข้าวเสร็จจะบอกให้ลูกยกจานของตนเองไปวาง ไว้ที่ล้างจาน ลูกจะไม่ยอม จะทำอะไรช้า ๆ จนพี่สาวกินเสร็จ ลูกก็จะฝากจานของตนเองให้พี่สาวเอาไปไว้ที่ที่ล้างจาน” (พ่อ แม่ คนที่ 13)	- เสียเวลา - เป็นภาระกับพี่สาว - สะสมพฤติกรรมเอาแต่ใจมากขึ้น
	“ลูกอยู่ชั้นบนของบ้าน แม่จะออกไปซื้อของข้างนอก บอกให้ ลูกให้ลงมาข้างล่างจะพาไปด้วย แต่ลูกกระตือรือร้นอยู่ ข้างบนไม่ยอมลงมา แม่จึงต้องขึ้นไปชั้นบนแล้วอุ้มลงมา” (พ่อแม่ คนที่ 10)	- แม่เสียเวลา - ลูกสะสมพฤติกรรมเอาแต่ใจมากขึ้น
	“ขัดจังหวะผู้อื่น รบกวนในเวลาที่ยากบอกความต้องการ พูดแทรกในช่วงที่แม่กำลังโทรศัพท์เรื่องงาน (ยายของ)” (พ่อ แม่ คนที่ 7)	- แม่เสียเวลา - แม่เสียสมาธิในการทำงาน (ยายของ)

กลุ่มของพฤติกรรม	ลักษณะพฤติกรรม	ผลกระทบ
5. บอกความต้องการทางอารมณ์	“รบกวนขัดจังหวะผู้อื่น พูดแทรกเวลาผู้อื่นคุยกัน เช่น เวลา กลับมาจากโรงเรียนพร้อมกับพี่สาว แม่จะถามพี่สาวว่าไป โรงเรียนเป็นอย่างไรบ้าง พี่สาวก็จะเล่าให้แม่ฟัง แต่ลูก (น้อง) จะไม่ยอมฟังจะรบกวนโดยการพูดเรื่องของตนเองแทรกใน ขณะที่พี่สาวกำลังพูดและจับหน้าแม่ให้หันมาทางตนเอง ถ้า แม่ไม่ฟังก็จะพูดไม่หยุด” (พ่อแม่ คนที่ 8)	- แม่เสียเวลา - พี่สาวเสียโอกาสในการเล่าเรื่องที่กำลังพูด - ลูกสะสมพฤติกรรมเอาแต่ใจ
	“ขณะที่พ่อกำลังทำงานคอมพิวเตอร์ที่บ้านลูกก็จะมาชวนพ่อ เล่นด้วย พ่อก็จะบอกให้ลูกรอให้พ่อทำงานเสร็จแล้วจะไปเล่น ด้วย ลูกก็จะเล่นใกล้ ๆ ที่พ่อทำงานอยู่ เล่นเอะอะและส่ง เสียงดังรบกวนขณะพ่อทำงาน” (พ่อแม่ คนที่ 5)	- พ่อเสียสมาธิในการทำงาน
	“ลูกสาวอยากได้ของเล่น ชวนแม่ไปดูของเล่นที่ตัวเองอยากได้ แล้วพูดกับแม่ว่าแม่มาดูสิ ของเล่นแบบนี้ที่บ้านเรายังไม่มีนะ แล้วเล่นยังไงนะ เด็ก ๆ แบบลูกนี้เล่นได้หรือเปล่า แม่ซื้อให้ หนูได้ไหม” (พ่อแม่ คนที่ 6)	- แม่ต้องใช้ความพยายามในการ คาดเดาความต้องการของเด็ก
	“ลูกชายอยากได้ของเล่นก็จะบอกแม่ว่า ลูกอยากได้เพื่อนที่ ให้ของเล่น” (พ่อแม่ คนที่ 4)	- แม่ต้องใช้ความพยายามในการ คาดเดาความต้องการของเด็กว่าต้องการ เพื่อน หรือต้องการของเล่น
	“ลูกสาวอยากให้แม่ซื้อขนมให้ก็จะถามว่าขนมนี้ อร่อยไหม เด็กกินได้ไหม” (พ่อแม่ คนที่ 10)	- แม่ต้องใช้ความพยายามในการคาดเดา ความต้องการของเด็ก

3. การจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัยตามแนวคิดของ ABC model

สำหรับผลการวิจัยส่วนนี้ผู้วิจัยต้องการแสดงให้เห็นว่าพ่อแม่ได้ใช้ขั้นตอนต่าง ๆ ของการจัดการพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในรูปแบบ ABC หรือไม่อย่างไร ซึ่งการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ตามรูปแบบ ABC ประกอบไปด้วย การจัดการก่อนเกิดพฤติกรรม การประเมินหน้าที่ของพฤติกรรม การจัดการขณะเกิดพฤติกรรม และการจัดการหลังเกิดพฤติกรรม

3.1 กลยุทธ์การจัดการก่อนเกิดพฤติกรรม ผู้ปกครองส่วนใหญ่ทราบว่าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เด็กปฐมวัยแสดงออกบ่อย ๆ มีอะไรบ้าง และมักจะเกิดในสถานการณ์ใด ความตระหนักต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ๆ และการทำความเข้าใจต่อสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมทำให้ผู้ปกครองเหล่านี้สามารถเลือกใช้กลยุทธ์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมได้ เช่น การทำข้อตกลงเบื้องต้นกับเด็กก่อนการเผชิญกับสถานการณ์ การให้คำแนะนำล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญ หรือการหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว ดังตัวอย่างประสบการณ์ของพ่อแม่ คนที่ 6, 11 และ 14

“เมื่อแม่พาลูกไปที่ร้านสะดวกซื้อก่อนเข้าไปในร้านได้ตกลงกับลูกว่าแม่มีเงินเพียง 20 บาท หนูสามารถเลือกซื้อระหว่างของเล่น หรือขนมอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ถ้าเลือกทั้งสองอย่างแม่มีเงินไม่พอ” (พ่อแม่คนที่ 6)

“ตอนที่ผมกลับมาจากที่ทำงานและพบลูกยังไม่ได้อาบน้ำหรือกินข้าวเย็น หวังแต่จะเล่นมือถือ ผมจะบอกลูกว่า ถ้าลูกอาบน้ำ หรือกินข้าวเสร็จแล้ว พ่อจะอนุญาตให้ดูมือถือ” (พ่อแม่ คนที่ 11)

“ป้องกันไม่ให้ลูกหิวเล่นของไม่ให้เพื่อนเล่นด้วย ก็บอกให้ลูกเปลี่ยนกันเล่นกับเพื่อนคนละ 10 นาที”

(พ่อแม่ คนที่ 14)

ผู้ปกครองบางคนไม่มีการคาดการณ์พฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทำให้ไม่มีการใช้กลยุทธ์ในการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว ดังเช่น พ่อแม่ รายที่ 8 และ 14

“ไม่ได้ป้องกันไว้ก่อนเวลาลูกจะตีพี่สาว” (พ่อแม่ คนที่ 8)

“ไม่ได้ป้องกันไว้ก่อนเพราะไม่คิดว่าลูกจะตีพี่” (พ่อแม่ คนที่ 14)

จะเห็นได้ว่าการคาดการณ์สถานการณ์ที่อาจเป็นต้นเหตุของการเกิดพฤติกรรมโดยอาศัยการเรียนรู้พฤติกรรมของเด็กที่แสดงก่อนหน้านี้จะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถหาวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ และนอกจากนี้พบว่า พ่อแม่บางรายอาจใช้กลยุทธ์การจัดการก่อนเกิดพฤติกรรมไม่สม่ำเสมอ

3.2 การประเมินหน้าที่ของพฤติกรรม ผู้ดูแลบางส่วนมีการสังเกตแบบแผนของพฤติกรรมของเด็กที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และเข้าใจว่าทำไมเด็กจึงแสดงพฤติกรรมดังกล่าว พ่อแม่สังเกตเห็นความเชื่อมโยงระหว่างความต้องการของเด็กและพฤติกรรมนั้น ทำให้เข้าใจว่าทำไมเด็กจึงแสดงพฤติกรรมนั้น ดังปรากฏในคำบอกเล่าของพ่อแม่ คนที่ 10 และ 13

“บางครั้งลูกร้องไห้ แต่สายตาไม่ไปด้วยกัน เหมือนเรียกร้องความสนใจ” (พ่อแม่ คนที่ 10)

“บางครั้งก็สงสัยว่าทำไมลูกชอบร้องไห้อะไรๆ ใส่ชุดมาโรงเรียนจะร้องไห้ ร้องแบบคลั่งเลย อยากรู้ว่าวันนี้เป็นแบบนี้กันไหม บางครั้งต้องกอดลูกไว้” (พ่อแม่ คนที่ 10)

“หลังจากกินข้าวเสร็จจะบอกให้ลูกยกจานของตนเองไปวางไว้ที่ล้างจาน ลูกจะไม่ยอม จะทำอะไรซ้ำ ๆ จนพี่สาวกินเสร็จ ลูกก็จะฝกงานของตนเองให้พี่สาวเอาไปไว้ที่ที่ล้างจาน การที่เขาทำแบบนี้่น่าจะเป็นเพราะไม่ต้องการเก็บจานเองและต้องการให้พี่ทำให้” (พ่อแม่ คนที่ 13)

ในกรณีของพ่อแม่ คนที่ 13 พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในมุมมองของพ่อแม่ คือ การอดอาหารหรือการต่อต้าน ไม่ยอมทำตามคำสั่งของแม่ และจากความเข้าใจของพ่อแม่เหตุผลที่เด็กแสดงพฤติกรรมนั้น คือ ต้องการหลีกเลี่ยงการเก็บจาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เด็กไม่ชอบ และในกรณีพ่อแม่ คนที่ 10 สาเหตุของการแสดงพฤติกรรมของเด็ก คือ การเรียกร้องความสนใจสำหรับผู้ปกครองส่วนใหญ่ ถึงแม้จะมีการพูดถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กแต่ไม่ได้มีการสังเกตหรือไม่ทราบว่าทำไมเด็กจึงแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งส่งผลให้การจัดการพฤติกรรมขณะเกิดพฤติกรรมไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่สอดคล้องกับหน้าที่ของพฤติกรรม

3.3 กลยุทธ์การจัดการขณะเกิดพฤติกรรม เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ พ่อแม่บางส่วนจะใช้กลยุทธ์การจัดการขณะเกิดพฤติกรรมเพื่อช่วยให้เด็กเรียนรู้ทักษะเพื่อการแสดงออกที่เหมาะสมแทนการแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น บอกให้รอ ให้เหตุผล สอนให้เด็กบอกความต้องการแทนการแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เสนอทางเลือก ดังคำบอกเล่าของพ่อแม่

“ขณะที่ผมกำลังทำงานและไม่ได้เล่นกับลูก ลูกก็จะเล่นอยู่ใกล้ ๆ โม่โม่ ส่งเสียงดัง ผมก็จะบอกกับลูกว่า ถ้าลูกโม่โม่ เอาแต่ใจ พ่อจะปล่อย พ่อไม่ตามใจ” (พ่อแม่ คนที่ 5)

“ขณะที่เข้าไปในร้านสะดวกซื้อบางครั้งลูกเห็นของเล่น และขนมก็จะเอาทั้งสองอย่าง ทั้งที่ตกลงกันไว้แล้ว หนูก็จะบอกกับลูกว่า แม่มีเงิน 20 บาทลูกต้องเลือกเอา ขนม หรือของเล่น ได้อย่างเดียว ถ้าจะเอาทั้งสองอย่างไม่ได้ แม่มีเงินไม่พอ” (พ่อแม่ คนที่ 6)

ผู้ปกครองอาจจัดการกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์โดยการไม่สนใจเด็ก เบี่ยงเบนความสนใจ หรือทำตามความต้องการของเด็ก แทนการสอนให้เด็กใช้ทักษะทดแทน เช่นในกรณีผู้ปกครองคนที่ 5, 10, 14 และ 15

“ถ้าลูกเออะอะ เสียงดัง ผมจะนิ่งไม่พูดกับลูก” (พ่อแม่ คนที่ 5)

“ขณะที่ลูกอยู่ชั้นบนแม่ชวนไปซื้อของข้างนอก ลูกกระตือรือร้นทำอยู่ข้างบนไม่ยอมลงมา แม่จะขึ้นบันไดไปอุ้มลงมา” (พ่อแม่ คนที่ 10)

“ถ้าลูกร้องไห้ไม่พอใจ แม่จะอุ้มและกอดลูกทันที ลูกก็จะหยุดร้องไห้” (พ่อแม่ คนที่ 14)

“บางครั้งลูกทำท่าคล้ายจะตีน้อง แต่ก็มองหน้าแม่เหมือนจะให้แม่สนใจ แม่จึงใช้ขนมล่อ หรือบางครั้งก็เปิด YouTube เบี่ยงเบนความสนใจ” (พ่อแม่ คนที่ 15)

ถึงแม้การจัดการพฤติกรรมด้วยวิธีดังกล่าวจะทำให้เด็กหยุดแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่เด็กจะไม่ได้เรียนรู้ทักษะที่เหมาะสมในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญ นอกจากนี้อาจเป็นการส่งเสริมให้เด็กแสดงพฤติกรรมดังกล่าวซ้ำอีกในอนาคตได้

3.4 กลยุทธ์การจัดการหลังเกิดพฤติกรรม เป็นกลยุทธ์ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กเกี่ยวกับการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ การแสดงพฤติกรรม และผลกระทบของพฤติกรรมทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายให้เด็กสามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสมในอนาคต ป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ ซึ่งวิธีที่ผู้ปกครองใช้ได้แก่ การชมเชย การให้รางวัลในรูปแบบต่าง ๆ และการตอกย้ำถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังตัวอย่างพ่อแม่ คนที่ 5, 7 และ 12

“ลูกเล่าให้ฟังว่าวันนี้ที่โรงเรียนลูกไม่พูด มึง กู ผมจะชมเชยลูกว่าลูกเป็นเด็กดี พูดจาสุภาพ ไม่พูดคำหยาบคาย” (พ่อแม่ คนที่ 5)

“หลังจากลูกอดทนรอไม่พูดแทรกขณะแม่พูดโทรศัพท์ หนูก็จะเล่านิทานเรื่องเด็กดีไม่พูดแทรกให้ลูกฟัง” (พ่อแม่ คนที่ 7)

“ลูกเคยหิวของเล่นไม่ยอมแบ่งให้ใครเล่น แต่วันนั้นลูกเล่าให้ผมฟังว่าให้เพื่อนที่โรงเรียนยืมของเล่น ผมจึงติดดาวเด็กดีบนกระดานให้ลูก” (พ่อแม่ คนที่ 12)

อย่างไรก็ตามผู้ปกครองอาจไม่ได้ใช้กลยุทธ์หลังเกิดพฤติกรรมเนื่องจากไม่มีเวลา หรือเห็นว่าเด็กหยุดแสดงพฤติกรรมแล้ว โดยมีตัวอย่างที่ผู้ปกครองเล่าให้ฟัง ดังนี้

“ผมทำงานกลับบ้านค่ำ ทำให้ไม่มีเวลาเล่นกับลูก เมื่อกลับมาถึงบ้านจะชดเชยโดยการเล่นกับลูกอย่างเต็มที่ ลูกก็ถือเป็นบางครั้ง เช่น ผมให้ไปอาบน้ำลูกไม่ยอมไปทันที แต่ผมก็ไม่ได้สอน เพียงแต่รอเวลาให้ลูกพร้อมไปเอง” (พ่อแม่ คนที่ 11)

“เวลาพี่น้องทะเลาะกัน พ่อจะหงุดหงิดและดุลูกทั้งสองคน แต่ก็ไม่ได้ลงโทษและไม่ได้สอนอะไร” (พ่อแม่ คนที่ 15)

4. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็ก

จากข้อค้นพบที่นำเสนอเบื้องต้นจะเห็นได้ว่าปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัย คือ การขาดความรู้และทักษะในการจัดการพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ปกครองไม่ได้การจัดการพฤติกรรมอย่างเต็มรูปแบบ ขาดความสม่ำเสมอในการใช้กลยุทธ์ดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบว่า การที่ผู้ใหญ่ในครอบครัวแต่ละคนปฏิบัติกับเด็กต่างกันอาจเป็นอุปสรรคต่อการจัดการพฤติกรรมได้ ดังเช่นประสบการณ์ของพ่อแม่ คนที่ 6 และ 7

“แม่ได้ตกลงกับย่าไว้ไม่ให้ตามใจหลานเพราะได้ตกลงกับลูกแล้วเรื่องการเลือกซื้อขนมกับของเล่น คือ ให้ซื้อได้เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง เมื่ออยู่กับแม่ลูกสามารถทำตามข้อตกลงได้ แต่เมื่ออยู่กับย่าหลานได้ทั้งขนมและของเล่น” (พ่อแม่ คนที่ 6)

“เวลาแม่ไปทำงานลูกจะอยู่กับปู่ ย่า จะมีบางเรื่องที่ปู่กับย่าจะจัดการพฤติกรรมของหลานไม่ตรงกับแม่ จึงแก้ปัญหาโดยการซื้อหนังสือมาให้ปู่ กับย่าอ่านด้วย แต่ปู่กับย่าไม่ค่อยทำตามคำแนะนำในหนังสือเท่าไร” (พ่อแม่ คนที่ 7)

อภิปรายผล

จากผลของการศึกษาการจัดการพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ 5 กลุ่ม คือ 1) ความก้าวร้าวและความรุนแรง 2) เอาแต่ใจตนเอง เจ้าอารมณ์ไม่มีเหตุผล 3) การต่อต้านและฝ่าฝืนคำสั่ง 4) การฝ่าฝืนกฎกติกา และมารยาททางสังคม และ 5) บอกความต้องการทางอ้อม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นกลุ่มพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในเด็กปฐมวัย (Ogundele, 2018) พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ทั้ง 5 กลุ่มนี้มีความเชื่อมโยงกันและอาจมีความรุนแรงมากขึ้นหากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมทันเวลา (Jiang & Jones, 2016; Shukla-Mehta & Albin, 2002) เช่น พฤติกรรมเอาแต่ใจ เจ้าอารมณ์ไม่มีเหตุผล ทำให้เกิดพฤติกรรมการต่อต้านและฝ่าฝืนคำสั่ง หรือเกิดการฝ่าฝืนกฎ กติกาและมารยาททางสังคม และเกิดความก้าวร้าวและความรุนแรง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พ่อแม่ส่วนใหญ่ไม่ได้จัดการพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ หรือไม่ได้ใช้การจัดการพฤติกรรมอย่างเต็มรูปแบบซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการที่ผู้ปกครองเหล่านี้ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมตามรูปแบบ ABC นอกจากนี้ยังมีพ่อแม่บางรายที่คิดว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นธรรมชาติของเด็กวัยนี้ ซึ่งอาจนำไปสู่การเพิกเฉยต่อการจัดการพฤติกรรมดังกล่าว (Doubet & Ostrosky, 2015; Ringer, Wilder, Scheja & Gustavsson, 2020) สำหรับพ่อแม่ที่ร่วมการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูง และฐานะทางเศรษฐกิจดี จึงทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กได้ และทำให้สามารถเลือกใช้กลยุทธ์ในการจัดการพฤติกรรมได้ค่อนข้างเหมาะสมในบางสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า พ่อแม่ที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงข้อมูลการสืบค้นข้อมูลทางเว็บไซต์และสื่อสังคมออนไลน์และบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับเด็ก เช่น การได้รับวัคซีน การดูแลฟัน และการให้ความร่วมมือกับทางโรงเรียนได้ดีกว่าพ่อแม่ที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า (Mora & Traperro-Bertran, 2018; Frey, Bonfiglioli, Brunner & Frawley, 2022) อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่า พ่อแม่เด็กยังขาดการเชื่อมโยงการป้องกันและจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อย่างเป็นระบบทำให้การจัดการพฤติกรรมอาจมีประสิทธิภาพน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เช่น การขาดการประเมินหน้าที่ของพฤติกรรม ไม่ได้วางแผนป้องกันการเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ จัดการเหตุการณ์ขณะเกิดพฤติกรรมได้ไม่เหมาะสม หรือไม่ได้เสริมแรงเด็กเมื่อมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (Freedle, & Wahman, 2022) การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่พ่อแม่ในการป้องกันและจัดการพฤติกรรม

ที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง (Staff, Hoofdkker, Oord, Hornstra, Hoekstra et al., 2021; Lee, Hacker, Meadan, & Haidar, 2022) ทั้งนี้เพื่อช่วยให้พ่อแม่จัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับเด็ก พ่อแม่ และครอบครัว และหากเป็นไปได้ควรให้สนับสนุนให้ญาติผู้ใหญ่ในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย เข้ารับการฝึกอบรม เนื่องจากในบริบทของจังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็กช่วงวัยนี้ และผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า วิธีการที่พ่อแม่และญาติผู้ใหญ่ใช้ในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัยมีความแตกต่างกันหรือขัดแย้งกัน ซึ่งอาจส่งผลทำให้เด็กเกิดความสับสนได้

สรุป

พ่อแม่ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กอย่างเป็นระบบ และยังมีขั้นตอน ขาดการทำความเข้าใจเชื่อมโยงระหว่างหน้าที่ของพฤติกรรม การป้องกันการเกิดพฤติกรรม การจัดการขณะเกิดพฤติกรรม และการจัดการหลังเกิดพฤติกรรม ทำให้การจัดการพฤติกรรมมีประสิทธิภาพน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมให้มีการให้ความรู้ในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัยแก่โรงเรียนอนุบาล สถาบันการศึกษาระดับปฐมวัยร่วมกับบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานด้านพัฒนาการเด็กทั้งในสถานบริการสุขภาพ และในชุมชน โดยอาจเลือกใช้รูปแบบ ABC เนื่องจากเป็นรูปแบบการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เป็นระบบ และมีขั้นตอนที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัยโดยใช้รูปแบบ ABC

เอกสารอ้างอิง

- Aksoy, P. (2020). The challenging behaviors faced by the preschool teachers in their classrooms, and the strategies and discipline approaches used against these behaviors: the sample of united states. *Participatory Educational Research*, 7(3), 79-104.
- Chazin, K. T., & Ledford, J. R. (2016). Challenging behavior as communication. In *Evidence-based instructional practices for young children with autism and other disabilities*. Retrieved July 1, 2023. from <http://ebip.vkcsites.org/challenging-behavior-as-communication/>
- Conroy, M. A., Sutherland, K. S., Algina, J., Werch, B., & Ladwig, C. (2018). Prevention and treatment of problem behaviors in young children: clinical implications from a randomized controlled trial of BEST in CLASS. *AERA Open*, 4(1), 1-16.

- Doubet, S. L., & Ostrosky, M. M. (2015). The impact of challenging behavior on families: I don't know what to do. *Topics in Early Childhood Special Education, 34*(4), 223-233.
- Freedle, A., & Wahman, C. L. (2022). Understanding families' experiences raising young children with challenging behavior through an ecological lens: a qualitative meta-synthesis. *Topics in Early Childhood Special Education, 42*(3), 269-281.
- Frey, E., Bonfiglioli, C., Brunner, M. & Frawley, J. (2022). Parents' use of social media as a health information source for their children: a scoping review. *Academic Pediatrics, 22*(4), 526-539.
- Gura, A. (2018). Challenging behavior, functioning difficulties, and quality of life of adults with intellectual disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities, 64*(1), 45-52.
- Hammerton, G., Murray, J., Maughan, B., Barros, F. C., Goncalves, H., Menezes, M.B., ... Heron, J. (2019). Childhood behavioural problems and adverse outcomes in early adulthood: a comparison of Brazilian and British birth cohorts. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology, 5*, 517-535.
- Jiang, H. S., & Jones, S. Y. (2016). Practical strategies for minimizing challenging behaviors in the preschool classroom. *Dimensions of early childhood, 44*(3), 12-19.
- Koritsas, S., & Lacono, T. (2012a). Challenging behaviour and associated risk factors: an interview (part 1). *Advances in Mental Health in Intellectual Disabilities, 6*(4), 199-214.
- Koritsas, S., & Lacono, T. (2012b). Advances in mental health and intellectual disabilities emerald article: challenging behaviour: the causes (part II). *Advances in Mental Health in Intellectual Disabilities, 6*(5), 236-248.
- Lambert, V. A. & Lambert, C. E. (2012). Qualitative descriptive research: An acceptable design. *The Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 16*(4), 255-256.
- Lee, J. D., Hacker, R. E., Meadan, H., Haidar, B.S. (2022) Challenging behaviors online modules for parents of young children with disabilities: a pilot feasibility study. *Education & Treatment of Children, 45*(4), 341-355.
- Lulla, D., Mascarenhas, S. S., How, C. H., & Yeleswarapu, S.P. (2019). An approach to problem behaviours in children. *Singapore Medical Journal, 60*(4), 168-172.
- McGilloway, S., Mhaille G. N., Bywater, T., Furlong, M., Leckey, Y., Kelly, P., ..., Donnelly, M. (2012). A parenting intervention for childhood behavioral problems: a randomized controlled trial in disadvantaged community-based settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1): 116-127.

- Meadan, H., Ayzaz, S., & Ostrosky, M. M. (2014). The ABCs of challenging behavior: understanding basic concepts. *Young Exceptional Children*, 19(1), 3-15.
- Mora, T., & Trapero-Bertran, M. (2018). The influence of education on the access to childhood immunization: the case of Spain. *BMC Public Health*, 18(1), 1-9.
- Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: a brief overview for paediatricians. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 7(1), 9-26.
- Patmaik, S., Sharma, U., & Subban, P. (2022). Who is responsible for students' challenging behaviour? a study of the causal attributions of teachers to challenging behaviour in primary schools in West Bengal, India. *Disabilities*, 2(1), 56-72.
- Ringer, N., Wilder, J., Scheja, M., & Gustavsson, A. (2020). Managing children with challenging behaviours. Parents' meaning-making processes in relation to their children's ADHD diagnosis. *International Journal of Disability, Development and Education*, 67(4), 376-392.
- Sandelowski M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340.
- Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Andres, C., & Gray-Grant, D. (2016). Helping children with behaviour problems. *Children's Mental Health Research Quarterly*, 10(1), 1-20.
- Shukla-Mehta, S., & Albin, R. W. (2002). Understanding behavioral escalation: From theory to practice. *Behavioral Development Bulletin*, 11(1), 19-26.
- Staff, A. I., Van Den Hoofdakker, B. J., Van Der Oord, S., Hornstra, R., Hoekstra, P. J., Twisk, J. W. R., . . . Luman, M. (2021). Effectiveness of specific techniques in behavioral teacher training for childhood ADHD: a randomized controlled microtrial. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 50(6), 763-779.
- Tanwar, K., & Priyanka, M. (2016). Impact of media violence on children's aggressive behaviour. *Indian Journal of Research*, 5(6), 241-245.
- Teekavanice, S., Chantaratin, S., Sirisakpanit, S., & Tarugsa J. (2017). Prevalence and factors related to behavioral and emotional problems among preschool children in Bangkok, Thailand, *Journal of the Medical Association of Thailand*, 100(2), 175-182.
- Wolkorte, R. R., Houwelingen, I. V., & Kroezen M. (2019). Challenging behaviours: Views and references of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(6), 1421-1427.

สถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้

ศิริทิพย์ ศิริพิทยา, พย.บ.^{1*}

ประภาพร ชูกำเนิด, ประ.ด.²

ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ประ.ด.²

บทคัดย่อ

ปัญหาในกระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรง การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจ ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 31 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล 3 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตรวจสอบหัวใจ 28 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก พร้อมบันทึกเทป การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม และสนทนากลุ่ม เพื่อให้เกิดการตรวจสอบแบบสามเส้า ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแนวคำถามในการสัมภาษณ์ เป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการให้บริการผู้ป่วยตรวจสอบหัวใจ ซึ่งตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และปรับแนวคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปศึกษานำร่องกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าความถี่และร้อยละ ผลการศึกษาพบประเด็นปัญหาในกระบวนการบริการตรวจสอบหัวใจ ดังนี้ 1) การสื่อสารข้อมูลในระยะนัดตรวจสอบหัวใจ ไม่ชัดเจน 2) การประเมินและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม 3) การประเมินและการจัดการ ในระยะตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม และ 4) กระบวนการจำหน่ายในระยะหลังตรวจสอบหัวใจล่าช้า และการติดตามต่อเนื่อง ไม่ชัดเจน ผลการวิจัยสะท้อนความต้องการ การพัฒนากระบวนการตรวจสอบหัวใจที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ

คำสำคัญ : สถานการณ์, กระบวนการ, บริการตรวจสอบหัวใจ, โรงพยาบาลเอกชน

วันที่รับ: 26 เมษายน 2566 วันที่แก้ไข: 20 พฤศจิกายน 2566 วันที่ตอบรับ: 2 ธันวาคม 2566

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล 6310420028@email.psu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Situations of cardiac catheterization service processes in a private hospital in Southern Thailand

Sirintrip Siripitthaya, B.N.S.^{1*}

Prapaporn Chukumnerd, Ph.D.²

Pratyanan Thiangchanya, Ph.D.²

Abstract

Problems in the process of providing cardiac catheterization services leader to an increased expenses for patients and pose a risk of serious health complications. The purpose of this descriptive qualitative research was to study the situation of the cardiac catheterization service process in a private hospital, southern Thailand. Thirty-one informants were purposively selected including three nursing administrators and twenty-eight cardiac catheterization professional nurses. Data were collected using in-depth interviews, observations, field notes, and group discussions that enabled methodological triangulation. The tools consisted of two parts; 1) a socio-demographic record 2) a semi-structured interview questions: the situation problems and obstacles in the cardiac catheterization service process. The tools were validated by three experts and were revised as per the experts' suggestions. The interview question was piloted with two informants before being used with the research informant. The qualitative data were analyzed using content analysis, quantitative data were analyzed using frequency and percentage. The results showed that there were problems in the process of cardiac catheterization service: 1) unclear communication of providing information during the appointment process 2) incomprehensive assessment and screening of risk groups before cardiac catheterization 3) incomprehensive assessment and management during cardiac catheterization and 4) delayed discharge process, and a lack of monitoring for continuing of care in the post-cardiac catheterization period. The findings reflect the necessity of developing cardiac catheterization processes to be consistent with the hospital context and the quality-of-service standards.

Keywords: Situation, Process, Catheterization services, Private hospital

Received: Apr 26, 2023 Revised: Nov 20, 2023 Accepted: Dec 2, 2023

¹ Master Nursing Student (Candidate), Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

* Corresponding author, E-mail: 6310420028@email.psu.ac.th

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

บทนำ

โรคหัวใจเป็นสาเหตุอันดับต้นของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2020) ทำนายว่า ในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจำนวน 23 ล้านคน จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โดยร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศไทย พบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคหัวใจมากกว่า 4 แสนคนต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่า 2 หมื่นคนต่อปี หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน และอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2563–2565 มีแนวโน้มไม่คงที่เท่ากับ 7.03, 6.52 และ 6.62 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ปัจจุบันการตรวจสวนหัวใจ เพื่อวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary artery disease, CAD) เป็นวิธีการได้มาตรฐานสามารถบอกรอยโรคและความรุนแรงได้ดี ผลการตรวจช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงสามารถให้การรักษาด้วยการฉีดยาขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดโคโรนารี (percutaneous transluminal coronary angioplasty with coronary stent, PTCA) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งถือว่าเป็นมาตรฐานการรักษาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Lawton et al., 2022) การรักษาด้วยการตรวจและขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการยอมรับว่ามีประโยชน์ ลดอัตราเสียชีวิตได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) (Chacko et al., 2020)

ศูนย์หัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้รองรับการให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในจังหวัดและพื้นที่ใกล้เคียง ให้บริการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนได้อย่างครบวงจร มีการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลที่เป็นหัวใจสำคัญของการบริการที่ดีมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับผลลัพธ์การรักษาและประสบการณ์ที่ดี โรงพยาบาลมีการประเมินคุณภาพทั้งจากหน่วยงานที่ควบคุมคุณภาพภายในและภายนอกองค์กร ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล (hospital accreditation) ครั้งที่ 3 วันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 อย่างไรก็ตาม การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลยังจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ ได้รับประสบการณ์การรักษที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดความกังวลของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิต (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565)

ข้อมูลจากศูนย์หัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ มีกระบวนการให้บริการดูแลผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจตั้งแต่เริ่มเข้ารับการตรวจสวนหัวใจจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบ่งเป็น 4 ระยะ ตามขั้นตอนการให้การพยาบาล ได้แก่ 1) ระยะนัดตรวจ 2) ระยะก่อนตรวจ 3) ระยะตรวจ และ 4) ระยะหลังตรวจสวนหัวใจ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลสถิติห้องสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า การทบทวนอุบัติการณ์ในแต่ละขั้นตอนยังมีปัญหาต่าง ๆ ในการให้บริการ เช่น ระยะเวลารอคอยคิวตรวจนาน 1-3 เดือน บางรายญาติผู้ป่วยแจ้งว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยอาการหัวใจวายเฉียบพลันก่อนได้รับคิวตรวจ ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต้องเลื่อนนัดตรวจด้วยอาการผิปกติในวันที่มาตรวจ ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะซีด ภาวะไข้ ผู้ป่วยมีความกลัววิตกกังวลในการตรวจ ใจสั่น หายใจเหนื่อยเฉียบพลัน ผู้ป่วยบ่นว่ารอคอยกลับบ้านนาน

ขั้นตอนจำหน่ายกลับบ้านล่าช้า รอการตรวจเยี่ยมของแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ รอยาที่ต้องรับกลับไปรับประทานที่บ้าน เป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพ มาตรฐานการดูแล และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับบริการ ตรวจสวนหัวใจ ทำให้เสียเวลา มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น รวมทั้งจำนวนวันในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และอาจมีความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตหากผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการตรวจสวนหัวใจล่าช้า

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยที่ศึกษาในโรงพยาบาลเอกชน อีกทั้งบริบทของพื้นที่ยังมีโอกาสในการพัฒนากระบวนการจัดบริการตรวจสวนหัวใจ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพ และมาตรฐานการให้บริการพยาบาลตรวจสวนหัวใจในทุกกระบวนการให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลเอกชนและบริบทของพื้นที่ โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาสถานการณ์ค้นหาข้อมูลเชิงลึกการให้บริการด้านการตรวจสวนหัวใจจากประสบการณ์โดยตรงของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการวางแผนและพัฒนากระบวนการบริการตรวจสวนหัวใจให้มีคุณภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจ ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาสถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนากระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่มีตำแหน่งระดับหัวหน้างานและเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาบริการผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจจำนวน 3 คน ประกอบด้วย 1) ผู้จัดการศูนย์โรคเฉพาะทาง 1 คน 2) หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ 1 คน และ 3) หัวหน้าหน่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ 1 คน ผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ จำนวน 28 คน ประกอบด้วย 1) พยาบาลคลินิกผู้ป่วยนอกหัวใจ 7 คน 2) พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ 15 คน และ 3) พยาบาลห้องสวนหัวใจ 6 คน ทุกคนมีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจ 1 ปีขึ้นไป และมีความยินดีในการให้ข้อมูล

ลักษณะและบริบทการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีจำนวน 31 คน เป็นผู้ให้บริการสุขภาพจบระดับการศึกษาปริญญาตรีทั้งหมด ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจในหน่วยงานปัจจุบันมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 61 ปฏิบัติงานในหน่วยงานหอผู้ป่วยในอายุรกรรมหัวใจ เป็นผู้ให้บริการในระยะหลังตรวจสวนหัวใจ ร้อยละ 52 รองลงมาเป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจเป็นผู้ให้บริการในระยะก่อนตรวจสวนหัวใจ ร้อยละ 26 รองลงมาปฏิบัติงานในหน่วยงาน

ห้องสวนหัวใจเป็นผู้ให้บริการในระยะนัดตรวจและระยะตรวจสวนหัวใจ ร้อยละ 19 และปฏิบัติงานศูนย์โรคเฉพาะทาง ร้อยละ 3 ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานในบทบาทผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 90 และปฏิบัติงานในบทบาทผู้บริหาร ร้อยละ 10

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยได้เตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะการทำวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวคำถามปลายเปิดเพื่อใช้เป็นแนวคำถามเบื้องต้น ประกอบด้วย สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการให้บริการผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์หมั้นทนการหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 คน 2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 คน และ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจในโรงพยาบาลจำนวน 1 คน และปรับแนวคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปศึกษานำร่องกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย จากนั้น นำแนวคำถามดังกล่าวมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทการศึกษา และปรับภาษาให้สามารถสื่อสารกับ กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจโดยง่าย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2022-St-Nur 002 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2565 ภายหลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล และเข้าพบผู้จัดการอาวุโสฝ่ายการพยาบาล ผู้จัดการ หัวหน้างาน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา เปิดโอกาสให้มีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การเผยแพร่ทำในลักษณะภาพรวม ซึ่งเทปบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อการวิเคราะห์และรายงานผลการศึกษาเสร็จสิ้น หลังจากนั้นติดต่อเพื่อนัดหมายวัน เวลา สถานที่โดยขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ก่อนการสัมภาษณ์ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิในทุกขั้นตอน ขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยประโยชน์หรือความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งให้สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล สามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา แล้วนำข้อมูลไปถอดเทปแบบคำต่อคำสิ้นสุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยทั้งหมดเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 ถึง เดือนกรกฎาคม 2565 ภายหลังชี้แจงรายละเอียดในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบและลงนามการเข้าร่วมวิจัย ได้ทำการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ที่เป็นห้องทำงานของผู้ให้ข้อมูล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล โดยใช้แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์จำนวน 3 คน ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้

ในการสัมภาษณ์ 30-45 นาที ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลและการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม ณ ห้องประชุมของหน่วยงาน ผู้ให้ข้อมูลโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5-7 คน ระยะเวลาเฉลี่ยกลุ่มละ 30-45 นาที การสัมภาษณ์ใช้แนวคำถามตามแบบสัมภาษณ์ และการถามต่อเนื่องเพื่อขอความกระจ่างของคำตอบที่คลุมเครือ สืบค้นและเจาะลึกประเด็นที่ต้องการโดยใช้เทคนิคการฟัง กล่าวซ้ำ เียบและสะท้อนกลับเพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลตามความหมายของผู้ให้ข้อมูล ให้อิสระในการแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกมากที่สุด จำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ 2-3 ครั้งเพื่อขยายความประเด็นที่ไม่ชัดเจนและทำความเข้าใจร่วมกัน ผู้วิจัยจะขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลทุกรายในการบันทึกเทปเสียงสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วน เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมจึงทำการบันทึกข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อมีความอิ่มตัวของข้อมูลซึ่งพิจารณาจากข้อมูลที่ได้มีความซ้ำ ๆ และไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่และร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยอาศัยการนำข้อมูลจากบทสัมภาษณ์มาบันทึกเป็นระเบียบทุกวันหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนความเป็นเหตุเป็นผลของความสัมพันธ์หมวดข้อมูลจากการนำข้อมูลจากเทปบันทึกเสียงมาถอดข้อความแบบคำต่อคำ บันทึกเป็นข้อความเชิงบรรยาย แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยเทียบจากการเปิดเทปฟังซ้ำ ๆ ระหว่างวิเคราะห์ข้อมูล อ่านข้อมูลที่ได้หลายรอบเพื่อทำความเข้าใจในข้อมูลและสภาพการณ์ที่ได้มา เมื่อพบข้อมูลที่มีบางประเด็นคลุมเครือไม่ครบถ้วนตั้งคำถามเพิ่มเพื่อนำไปซักถามเพิ่มในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูลและกำหนดรหัสข้อมูลโดยเลือกข้อความที่มีความหมายในประเด็นของสถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจ และกำหนดรหัสแทนความหมายของข้อความนั้น และจัดหมวดหมู่ในแต่ละประเด็น กรณีมีความหมายคล้ายกัน นำมารวมกัน ค้นหาแก่นสาระ (themes) โดยการหาข้อสรุปประเด็นต่าง ๆ ตามกลุ่มรหัส ให้แยกเป็นประเด็นย่อยและประเด็นหลัก

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

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

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล มีการตรวจสอบข้อมูลทุกขั้นตอนของการเก็บข้อมูล ด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายสภาพการณ์ที่ปรากฏ อ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำแล้วดึงข้อความที่สำคัญออกมาและแปลความหมายของข้อความ จากนั้นนำมาวิเคราะห์เป็นข้อสรุป แล้วนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง (member checking) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่มีการปรับแก้ไขข้อสรุป ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ผู้วิจัยดำเนินการโดยการตรวจสอบจากบทสัมภาษณ์ ร่วมกับการฟังเทปกลับไปกลับมาหลาย ๆ ครั้ง รวมถึงมีการตรวจสอบกับการบันทึกมีข้อมูลตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่ รวมถึงการตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมด้วย

ผลการวิจัย

สถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจ ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้

ผลการศึกษาสถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ การศึกษาพบปัญหาสถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจ ได้แก่ การสื่อสารข้อมูลในระยณัดตรวจสอบหัวใจ ไม่ชัดเจน การประเมินและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม การประเมินและการจัดการ ในระยะตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม และกระบวนการจำหน่ายในระยะหลังตรวจสอบหัวใจล่าช้า และการติดตามต่อเนื่อง ไม่ชัดเจน โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละระยะมีดังนี้

1. การสื่อสารข้อมูลระยะนัดตรวจสอบหัวใจไม่ชัดเจน ระยะนัดตรวจสอบหัวใจเป็นระยะก่อนผู้ป่วยจะเข้ารับ การตรวจสอบหัวใจ พยาบาลห้องตรวจสอบหัวใจ จะโทรศัพท์หาผู้ป่วยเพื่อแจ้งข้อมูล การเตรียมตัว และวันนัดทำการตรวจสอบหัวใจ ให้ผู้ป่วยทราบ ปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่า มีอุปสรรคทางด้านการสื่อสารข้อมูลทั้งการสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และการสื่อสารส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแลจากโรงพยาบาลต้นสังกัดและทีมนัดตรวจสอบหัวใจ ทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรค ในกระบวนการนัด ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจความสำคัญของการตรวจสอบหัวใจ ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และถูกเลื่อนคิวตรวจ และรอคิวตรวจนานขึ้น ซึ่งปัญหาการสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลมีผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้บริหารรายหนึ่งเล่าว่า

“อาจจะมิต้องปรับเรื่องของความรู้ผู้ป่วยและญาติ เพราะว่าบางครั้งการพูดคุยทางไลน์หรือทางโทรศัพท์อย่างเดียว อาจจะทำให้เค้าไม่เข้าใจว่ามาถึงแล้วเค้าต้องเจออะไรบ้าง” ผู้ให้ข้อมูล A01 (สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

ส่วนปัญหาการสื่อสารส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแลจากโรงพยาบาลต้นสังกัดและทีมนัดตรวจสอบหัวใจมีผู้ให้ข้อมูล จากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติครั้งที่ 1 เล่าว่า

“คนใช้ส่วนใหญ่ไม่ได้คิวตรวจทันที บางคนเป็นนานแล้วถึงจะได้คิว บางทีผ่านไป 2-4 เดือน ยิ่งในกลุ่ม NSTEMI with heart failure คนใช้ขาดการประเมินอาการ heart failure ซ้ำ จาก รพ. ต้นสังกัด คนใช้อยู่ไปนาน ๆ จะเกิดความเคยชิน กับอาการ บอกเหนื่อยมานานแล้ว เค้าไม่รู้ว่ามีผลต่อการทำหัตถการ มาถึงแล้วต้องยกเลิกการทำหัตถการ” ผู้ให้ข้อมูล P02 (สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

2. การประเมินและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการตามนัด ที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยพบปัญหาในขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยตรวจสอบหัวใจ ผู้ป่วยที่มี ปัญหาอาการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องเลื่อนการตรวจสอบหัวใจเพื่อความปลอดภัยและรอรับคิวตรวจเมื่ออาการดีขึ้น พยาบาล เป็นบุคคลสำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาในการดูแลผู้ป่วยที่นอกจากองค์ความรู้ทางการแพทย์แล้ว แบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงในการตรวจสอบหัวใจที่ครอบคลุมถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลในการประเมิน ได้ครบทุกมิติช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตลอดจนการเฝ้าระวังอาการ และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด โดยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจสอบหัวใจ ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้บริหาร รายหนึ่งและข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติกลุ่มหนึ่งครั้งที่ 2 เล่าว่า

“ปัญหาอาการผู้ป่วยที่วอร์ดพบ เช่น คนไข้ไข้ขึ้น ตอนอยู่ที่ OPD ไม่มีไข้ พอมาถึงที่วอร์ดเจอว่าคนไข้ไข้ขึ้น ที่วอร์ดหรือเจอว่าคนไข้มีอาการผิดปกติอื่น ๆ” ผู้ให้ข้อมูล A02 (สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2565)

“เคสที่มีปัญหาเรื่องเหนื่อยหอบซึ่งอยู่ที่ OPD เค้าน่าจะประเมินมาแล้วแต่พอมาถึงที่วอร์ด นอนราบไม่ได้เหนื่อยมากขึ้น มาแบบนี้ก็เจอบ่อย ต้อง off case หนูว่ามันเสียโอกาสคนไข้ แต่ว่าตรง OPD หนูก็เชื่อเค้านะว่าเค้าประเมินคนไข้ได้ แต่เจอบ่อยที่เค้าส่งเวรมาว่า อยู่ที่ OPD นอนราบได้ ไม่เหนื่อย ขาไม่บวมคือเค้านอนได้แบบ tolerate หมายถึง ตอนอยู่ที่ OPD เริ่มมีอาการแยแล้วพอมาถึงบนวอร์ดอาการแยมากขึ้น อาการแสดงออกมาเลยว่าไม่ไหว หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น คนไข้เป็น sudden เลย เค้าส่งเวรมาก่อนแล้วว่าไม่มี” ผู้ให้ข้อมูล P01 (สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2565)

3. การประเมินและการจัดการในระยะตรวจสวนหัวใจไม่ครอบคลุม พยาบาลห้องสวนหัวใจให้การดูแลตามมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยขณะทำการหัตถการตรวจ พบว่า เกณฑ์การย้ายไปเฝ้าระวังสังเกตอาการใกล้ชิดหลังทำการหัตถการไม่ครอบคลุม กลุ่มอาการที่มีภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อยขณะทำการหัตถการที่ให้อาการไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยในอายุรกรรมหัวใจได้ ทำให้พบว่า อัตราการย้ายลงไปสังเกตอาการใกล้ชิดต่อไปใน หอผู้ป่วยหนัก (intensive care unit: ICU) ภายใน 2 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการเจ็บหน้าอกขณะทำการหัตถการซึ่งพยาบาลประจำหน่วยตรวจสวนหัวใจประเมินอาการผู้ป่วยว่ามีอาการคงที่ก่อนส่งต่อไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยในอายุรกรรมหัวใจทุกราย ดังข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้บริหารรายหนึ่งแล้วว่า

“การดูแลคนไข้หลังจากที่ตรวจสวนหัวใจมาแล้วพบประเด็นคนไข้บางรายมีอาการที่กำกวมระหว่างที่จะต้อง admit ต่อที่ Intermediate ICU เพื่อสังเกตอาการต่อ แต่ว่าส่งมาที่วอร์ดก็จะเจอว่าคนไข้ที่มีความผิดปกติ เช่น มีอาการ chest pain ซึ่งได้มีการรักษาเบื้องต้นมาแล้ว แต่ว่าคนไข้มาถึงที่วอร์ดอาการมันเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ก็เลยต้องมีการรายงานแพทย์ และย้ายลง ICU ก็เลยคิดว่าน่าจะมีเรื่องของการประเมินความพร้อมในการย้ายขึ้นวอร์ด” ผู้ให้ข้อมูล A02 (สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2565)

และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติครั้งที่ 1 เล่าว่า

“มีเคสจาก ward ที่ย้ายไป ICU ไม่ถึง 2 ชั่วโมง จะเป็นเคส post cath lab กลุ่มเสี่ยงกำกวมมีอาการเจ็บหน้าอก หลังทำส่วนใหญ่ฉีดยาแก้ปวด ประเมินอาการแล้วก็ส่งขึ้นมาสังเกตอาการที่วอร์ด ในขั้นตอนนี้อาจให้สังเกตอาการ หลังได้รับยาแก้ปวด 15 นาทีที่ cath lab เพราะถ้าอาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น น่าจะไป ICU ดีกว่าย้ายมาที่วอร์ดแล้ว ต้องย้ายไป ICU” ผู้ให้ข้อมูล P04 (สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

4. กระบวนการจำหน่ายล่าช้าและการติดตามต่อเนื่องไม่ชัดเจนในระยะหลังตรวจสวนหัวใจ การให้บริการผู้ป่วย ในระยะหลังตรวจสวนหัวใจเป็นการดูแลเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำหลังทำการหัตถการตรวจสวนหัวใจ สังเกตอาการผิดปกติ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังทำการหัตถการ มีกระบวนการเตรียมจำหน่าย ปัญหาที่พบ คือกระบวนการเตรียมผู้ป่วยจำหน่าย ล่าช้า ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติครั้งที่ 1 เล่าว่า

“ตอน discharge กลับบ้านเจอปัญหาประเด็นคนไข้ได้กลับบ้าน 4 โมงเย็นก็มี ซึ่งการที่ได้กลับเร็วมันจะดี กับคนไข้ด้วย” ผู้ให้ข้อมูล P04 (สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติอีกกลุ่มหนึ่งครั้งที่ 2 เล่าว่า

“เรื่อง discharge จะมีรอกทีมสหสาขามาเยี่ยมทำให้ discharge ช้า ก็คือปรับ flow แล้วส่ง Home med ล่วงหน้าไว้ก่อน เตรียม discharge ก่อนล่วงหน้า 1 วัน ไปเลยทำให้ตอนเข้ามาเยี่ยมคนไข้ก็สามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น” ผู้ให้ข้อมูล P04 (สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2565)

ในกระบวนการติดตามอาการหลังทำหัตถการ ยังพบว่า มีปัญหาขาดระบบการติดตามผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจ ต่อเนื่อง ดังข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้บริหารกลุ่มหนึ่งเล่าว่า

“ที่ยังคิดว่าเป็นประเด็นสำหรับในทีมของเราก็คือเรื่องการโทรติดตามคนไข้ คิดว่าถ้าเกิดว่ามีการติดตามที่เป็น loop ชัดเจน ก็จะทำให้การดูแลคนไข้ได้ดีขึ้น กระบวนการดูแลผู้ป่วยครบถ้วน” และข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้บริหารอีกกลุ่มหนึ่งเล่าว่า “ในคนไข้หลังทำหัตถการยังไม่มี home call คนไข้ 1 ปี” ผู้ให้ข้อมูล A01 (สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาศาณการณกระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจ ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบ ศาณการณกระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจที่เป็นปัญหาใน 4 ระยะ ได้แก่ การสื่อสารข้อมูลในระยณัดตรวจสวนหัวใจ ไม่ชัดเจน การประเมินและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยณก่อนตรวจสวนหัวใจไม่ครอบคลุม การประเมินและการจัดการ ในระยณตรวจสวนหัวใจไม่ครอบคลุม และกระบวนการจำหน่ายล่าช้าและการติดตามต่อเนื่องไม่ชัดเจน โดยสามารถ อภิปรายผลได้ ดังนี้

1. การสื่อสารข้อมูลในระยณัดตรวจสวนหัวใจไม่ชัดเจน

เป็นระยณก่อนผู้ป่วยจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ พยาบาลห้องตรวจสวนหัวใจจะโทรศัพท์หาผู้ป่วยเพื่อแจ้งข้อมูล การเตรียมตัว และวันนัดทำการตรวจสวนหัวใจให้ผู้ป่วยทราบ พบปัญหาเรื่องของรูปแบบการสื่อสาร พบว่า มีอุปสรรคด้าน การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติกับพยาบาลผู้ให้ข้อมูล ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ไม่เข้าใจการเตรียมตัว ก่อนเข้ารับบริการตรวจสวนหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ คมคาย สุวรรณพงศ์, เพ็ญละดา ตัณฑุลกนกกรัษต์ และ สุขงกต สุขจิตต์ (2565) เรื่องผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒิ พบว่า กลุ่มที่ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการสวนหัวใจหลังได้รับข้อมูลคะแนน ความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การสื่อสารที่มีรูปแบบชัดเจนทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น อีกทั้งการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลที่ส่งต่อข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยมาตรวจสวนหัวใจ ที่ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลกระทบให้ต้อง เลื่อนคิวตรวจ และการเข้าคิวตรวจจะใช้เวลายาวนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิไล นิยมถิ่น (2558) เรื่องการพัฒนา รูปแบบการสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระราชดำริจันทบุรี พบว่า รูปแบบการสื่อสารที่มีความชัดเจนด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นจากการสื่อสารรูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากนั้นการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลต้นสังกัดกับโรงพยาบาลปลายทาง การมีระบบการสื่อสารส่งต่อ ข้อมูลที่ดี ทำให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็วทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องรวดเร็วปลอดภัย

สอดคล้องกับการศึกษาของ ดอกแก้ว ตามเดช และ ณรงค์ ใจเที่ยง (2565) ที่พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดพะเยา หลังการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลพบว่า ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจด้านการส่งต่อข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วนอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ วัลลภ เรือนทองเงิน และ ชาญนุวัฒน์พงศ์ สมุทรเวทย์ (2565) เรื่องการพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอมก๋อย พบว่า เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานและผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์สูงกว่าระบบนัดเดิม ช่วยให้การปฏิบัติงานมีความเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาคือ ระบบนัดเพื่อเข้ามาทำหัตถการตรวจสอบหัวใจที่ใช้เวลานาน การตรวจสอบหัวใจเป็นวิธีการที่เป็นมาตรฐานสามารถบอกรอยโรคและความรุนแรงได้ดี ผลการตรวจช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (สมาคมแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย, 2562) การถูกประเมินอาการเจ็บป่วยที่ล่าช้าส่งผลให้การรักษามีความล่าช้าเช่นกัน การจัดการระบบให้ชัดเจน ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าทำหัตถการที่รวดเร็วขึ้น ดังการศึกษาของ ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2562) เรื่องการพัฒนาระบบการรับผู้ป่วยที่มาทำหัตถการและผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัด ด้วยการนำแนวคิดลิ้นมาใช้ในการบริหารจัดการกระบวนการทำงานที่ล่าช้า ลดระยะเวลาการรอคอย ปรับปรุงลดขั้นตอนการให้บริการและกระบวนการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับยาเคมีบำบัดได้รวดเร็วขึ้น ลดระยะเวลาการรอคอย ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราเสียชีวิตและทุพพลภาพ

2. การประเมินและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม

ระยะก่อนตรวจสอบหัวใจเป็นระยะที่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยงานผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก พยาบาลเป็นด่านหน้า มีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการผู้ป่วย พบปัญหาการคัดแยกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยังไม่ครอบคลุม อภิปรายได้ว่าการประเมินคัดกรองอาการในระยะก่อนตรวจสอบหัวใจ เป็นลักษณะจำเพาะมีความซับซ้อนต้องอาศัยความรู้ความสามารถในการประเมินคัดแยกผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ มูลศรีสุข, สุปริดา มั่นคง และ นุชนาฏ สุทธิ (2565) พบว่า การจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวที่ห้องฉุกเฉิน มีความจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการในการประเมินคัดกรองอาการและการดูแลรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคที่ไม่ชัดเจน ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนของโรคในระยะเริ่มแรก และอาจมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความปลอดภัยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ลดการเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นงค์เยาว์ อินทวิเชียร (2562) ที่ศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า คุณภาพของการประเมินและคัดแยกจะช่วยให้อาการผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตรงกับปัญหาและความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ระบบคัดแยกที่มีความคลาดเคลื่อนจะส่งผลทำให้ภาระงานของหน่วยงานเพิ่มขึ้น มีการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น เพิ่มค่าใช้จ่ายรักษาเกินความจำเป็นเพิ่มอัตราค่าล้างของบุคลากรเกินความจำเป็น ระยะเวลาเข้าถึงการรักษาที่เร่งด่วนเกิดความล่าช้า และส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิต

3. การประเมินและการจัดการในระยะตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม

ระยะตรวจสอบหัวใจเป็นระยะที่ผู้ป่วยอยู่ห้องสวนหัวใจจนกระทั่งผู้ป่วยทำหัตถการสวนหัวใจเสร็จ พบปัญหาเรื่องเกณฑ์การย้ายไปเผื่อระวังสังเกตอาการใกล้ชิดหลังทำหัตถการไม่ครอบคลุมกลุ่มอาการที่มีภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อย

ขณะทำหัตถการ หากเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ยังไม่ได้รับการประเมินเมื่อผู้ป่วยย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยในและมีการแย่ง ทำให้ต้องย้ายไปสังเกตอาการใกล้ชิดที่ ICU อภิปรายได้ว่าเป็นเรื่องการจัดการในระยะตรวจสวนหัวใจ ไม่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยซึ่งพบว่า มีการศึกษาของ วรรณิภา เจริญศรี, บุญทิพย์ สิริธรงค์, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล (2564) เรื่องการพัฒนาระบบบริการในหน่วยสังเกตอาการ มีการใช้เกณฑ์มาตรฐานการรับย้ายผู้ป่วย ที่อาการทรุดลง มีการบันทึกทางการพยาบาล มีการสื่อสารระหว่างทีมพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การประเมินสัญญาณเตือนอาการที่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อเฝ้าระวังในระยะตรวจสวนหัวใจยังมีความสำคัญต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยตามมาตรฐานได้อย่างทันเวลา ดังการศึกษาของ นิตยาภรณ์ จันทร์นคร, ทศนีย์ แดขุนทด, อุไรวรรณ ศรีดามา และ ปิยนุช บุญกอง (2563) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยหนักวัยผู้ใหญ่โรงพยาบาลสกลนคร ที่พบว่า การประเมินเพื่อค้นหาสัญญาณเตือน ทำให้มีความตระหนักและมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ทำให้สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือป้องกันภาวะทรุดลงได้อย่างทันท่วงที และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล บรรจงจิต, จันทิมา อ่องประภุช และ ปรียารัตน์ เจริญลาภ (2565) เรื่องผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Nakornping Early Warning Score: NEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง ($p\text{-value}=0.07$) แสดงให้เห็นว่า การประเมินผู้ป่วยตามปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายอย่างถูกต้องครบถ้วนและเหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้

4. กระบวนการจำหน่ายล่าช้าและการติดตามต่อเนื่องไม่ชัดเจนในระยะหลังตรวจสวนหัวใจ

ระยะหลังตรวจสวนหัวใจ เป็นระยะหลังผู้ป่วยทำหัตถการสวนหัวใจเสร็จจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง ปัญหาที่พบคือ กระบวนการเตรียมจำหน่ายล่าช้าและขาดระบบการติดตามผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจต่อเนื่อง อภิปรายได้ว่า กระบวนการจำหน่ายมีหลายขั้นตอนและเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานทำให้เกิดความล่าช้า เช่น การให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับ การดูแลตนเอง การติดต่อประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา ถูกใจ, ภารดี นานาศิลป์ และ ณัฐยานัน สุวรรณคฤหาสน์ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.432, p<.01$) ในส่วนการขาดระบบการติดตามผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจต่อเนื่องอธิบายได้ว่า อาจจะยังไม่มีการจัดให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรงหรือมีการกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนในการติดตามที่เป็นระบบร่วมกับเครือข่ายซึ่งจะทำให้ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ สุธีรา พิงส์สวัสดิ์ และคณะ (2561) เรื่องการพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับติดตามอาการผู้ป่วยในโครงการ การเรียนรู้ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่า การพัฒนาโปรแกรมให้มีระบบติดตามที่ครอบคลุม ชัดเจน สามารถทำให้ผู้ใช้งานทำงานง่ายขึ้น ทีมเยี่ยมบ้านสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม นอกจากนี้ระบบการติดตามผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจต่อเนื่องทำให้ผลการรักษาและการดูแลมีประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทราภรณ์ สร้อยประเสริฐ, อรุณศรี รัตนพรหม และ ปิยธิดา บวรสุธาสิน (2559) ศึกษาการพัฒนา

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า มีการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิขั้นสูงส่งผลทำให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น มีระบบการดูแลและติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานเพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและส่งผลให้มีผลลัพธ์ในการดูแลรักษาที่ดีขึ้น สามารถลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์สามารถนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบกระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจทั้ง 4 ระยะโดยปรับระบบการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการประเมินและคัดกรองให้ครอบคลุมในทุกระยะ พัฒนาระบบการจำหน่ายให้มีความรวดเร็วและมีระบบติดตามต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ด้านการบริหาร กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจ ที่ได้มาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหากระบวนการประเมินและคัดกรองทั้ง ๆ ที่มีการจัดตั้งกลุ่มทำงานที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ผู้บริหารควรมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์สามารถนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบกระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจทั้ง 4 ระยะโดยปรับระบบการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการประเมินและคัดกรองให้ครอบคลุมในทุกระยะ พัฒนาระบบการจำหน่ายให้มีความรวดเร็วและมีระบบติดตามต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบกระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจของโรงพยาบาลเอกชนให้เหมาะสมกับบริบท

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุขสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. สืบค้น 19 พฤศจิกายน 2566, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf

คมคาย สุวรรณพงศ์, เพ็ญลดา ตันทุลกนกรัซด์ และ สุบงกต สุขจิตต์. (2565). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการตรวจสอบหัวใจต่อความกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา. *วารสารการพยาบาลสภากาชาดไทย*, 15(1). 77-96.

- จันทร์ภรณ์ สร้อยประเสริฐ, อรุณศรี รัตนพรหม และ ปิยธิดา บวรสุธาสิน. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(3). 495-506.
- ดอกแก้ว ตามเดช และ ณรงค์ ใจเที่ยง. (2565). การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(1). 78-52.
- นงศ์เยาว์ อินทวิเชียร. (2562). การศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธิ์ชัยจังหวัดหนองคาย. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 2(2). 43-53.
- นิตยาภรณ์ จันทร์นคร, ทศนีย์ แดขุนทด, อุไรวรรณ ศรีดามา และ ปิยนุช บุญทอง. (2563). การพัฒนารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต สำหรับผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารกองการพยาบาล*, 47(1). 39-60.
- พรพิไล นิยมถิ่น. (2558). การพัฒนารูปแบบการสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- รุจิรา ถูกใจ, ภารดี นานาศิลป์ และ ณัฐยานัน สุวรรณคฤหาสน์. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร*, 47(2). 274-285.
- ลดาวลัย ฤทธิกล้า. (2562). การพัฒนาระบบการรับผู้ป่วยที่มาทำหัตถการและผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยอายุรกรรม จท.2. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 5(2), 44-46.
- วรรณภา เจริญศรี, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และ วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล. (2564). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1). 49-67.
- วัลลภ เรือนทองเงิน และ ชาญนุวัฒน์พงศ์ สมุทรเวทย์. (2565). การพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอมก๋อย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 2(1), 60 -72.
- ศศิวิมล บรรจงจัด, จันทิมา อ่องประภักษ์ และ ปรียารัตน์ เจริญลาภ. (2565). ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Nakornping Early Warning Score: NEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 2(1). 47-59.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2565). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ก.การพิมพ์เทียนทอง
- สมาคมแพทย์มหัศจรรย์หัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย. (2562). *มาตรฐานและแนวทางการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ*. สืบค้น 21 ตุลาคม 2564, จาก https://www.ciat.or.th/wp-content/uploads/2020/01/final-QA-CathLab_Public-Hearing-version-20-01-63.pdf

- สุธีรา พึ่งสวัสดิ์, สุภาภรณ์ คงพรหม, อีรวุฒิ พงศ์เศรษฐไพศาล, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, ใจบุญ แยมยิ้ม, ศราวุธ สุทธิรัตน์, ... และ ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์. (2561). การพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับติดตามอาการผู้ป่วยในโครงการการเรียนรู้ร่วมกันแบบสหสาขา. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 4(2). 7-19.
- สุรศักดิ์ มุลศรีสุข, สุปรีดา มั่นคง และ นุชนาฏ สุทธิ. (2565). อาการและอาการแสดง การจัดการอาการด้วยตนเอง และการจัดการที่ห้องฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารสหการพยาบาล*, 37(3). 144-158.
- Chacko, L., Howard, J. P., Rajkumar, C., Nowbar, A. N., Kane, C., Mahdi, D., ... Ahmad, Y. (2020). Effects of percutaneous coronary intervention on death and myocardial infarction stratified by stable and unstable coronary artery disease. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 13(2). 1-15. doi: 10.1161/circoutcomes.119.006363
- Lawton, J. S., Tamis-Holland, J. E., Bangalore, S., Bates, E. R., Beckie, T. M., Bischoff, J. M., ... Zwischenberger, B. A. (2022). 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 145(3). e18–e114. doi: 10.1161/CIR.0000000000001039
- Stahl, A. N., & King, R. J. (2020). Understanding and using trustworthiness in qualitative research. *Journal of Developmental Education*, 44(1), 26-28. <https://www.jstor.org/stable/45381095>
- World Health Organization: WHO. (2020). *HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: Risk-based CVD management*. Retrieved October 21, 2021. from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001367>

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, ประ.ด.¹ วรภรณ์ ทินวัง, พย.ม.^{1*}

รักษ รัชตระกูล, พ.บ.² สมพิตร ทรายสมุทร, พย.ม.³

ณัฐริธา ทิวาโต, พย.ม.¹ ประภาศรี พุ่มมีผล, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีการนำบริการสุขภาพจิตทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการ และแก้ไขปัญหาการรักษาไม่ต่อเนื่อง แต่ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์การบริการสุขภาพจิตทางไกล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกผลการสนทนากลุ่ม 2) พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน และผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 90 คน ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสถิติทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพ และแนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวช ส่วนผลการใช้รูปแบบ พบว่า 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง ในด้านภาวะสุขภาพจิต ด้านการรับประทานยา และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ในกลุ่มที่ใช้รูปแบบสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) ความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มที่ใช้รูปแบบสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 3) คุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ใช้รูปแบบกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างต่อเนื่องและขยายผลไปสู่การบริการสุขภาพจิตทางไกล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรับประทานยา

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง, ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน, สุขภาพจิตทางไกล

วันที่รับ: 22 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไข: 10 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 13 ธันวาคม 2566

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล woraporn.t@mail.bcnlp.ac.th

² จิตแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำปาง

Development of a continuing care model for psychiatric patients in the community receiving tele-mental health services

Sripapai Inchaithep, Ph.D.¹ WorapornThinwang, M.N.S.^{1*}

Ruk Ruktrakul, M.D.² Sompit Saisamuth M.N.S.³

Natira Tiwato, M.N.S.¹ Prapasri Thungmepon, M.N.S.¹

Abstract

Presently, tele-mental health (MH) services are utilized for psychiatric patients caring to improve service accessibility and solve the problem of treatment discontinuity. However, operational limitations have been identified. This research and development aimed to develop and evaluate the quality of the continuous care model for psychiatric patients in the community who receive tele-MH services. The research process consisted of three phases: 1) investigate the situation of tele-MH services. The sample consisted of 14 professional nurses. The research instruments consisted of the focus group discussion recording form, 2) develop and verify the continuous care model for psychiatric patients who receive tele-MH services, and 3) examine the effects of the model developed. The sample comprised 14 professional nurses and 90 psychiatric patients. The research instruments consisted of the self-care ability questionnaire, the medication adherence questionnaire and the quality-of-life questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and t-test. The results revealed that the developed model consisted of guidelines for developing health personnel competencies and continuing care for psychiatric patients. Furthermore, the effects of the developed model indicated that: 1) The self-care ability in terms of mental health, taking medication, and family relationships of the experimental group was significantly higher than that in the control group ($p < .05$), 2) The medication adherence of the control group was significantly higher than that in the control group ($p < .001$), and 3) The quality of life of the experimental and the control group were not significant differences. Therefore, this model should be utilized continuously and expanded to tele-MH services to promote self-care ability and medication adherence.

Keywords: Continuing care model, Psychiatric patients in community, Tele-mental health,

Received: Oct 22, 2023 Revised: Dec 10, 2023 Accepted: Dec 13, 2023

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding E-mail: woraporn.t@mail.bcnlp.ac.th

² Psychiatrist, Lampang Hospital

³ Registered Nurse, Lampang Hospital

บทนำ

ประเทศไทยพบปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2564 พบว่าจำนวนผู้ป่วยทางจิตเวชในไทยเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จาก 1.3 ล้านคนในปี 2558 เป็น 2.3 ล้านคน ในปี 2564 และพบว่า มีผู้ขอรับการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตผ่านทางสายด่วนสุขภาพจิต เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2564) รวมถึงการกำเริบของผู้ป่วยในชุมชนอัตราส่วนเพิ่มขึ้นด้วย เนื่องมาจากผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้ขาดการรับประทายาต่อเนื่อง บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจึงมักจะตกเป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแล (Hamann, Lipp, Christ-Zapp, Spellmann, & Kissling, 2014) จากการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ ศรีนรินทร์ จันทิพิมพ์ และ ขนิษฐา นันทบุตร (2561) พบว่า ปัญหาที่สำคัญประกอบด้วยการขาดผู้ดูแล ศักยภาพที่ไม่เพียงพอของผู้ดูแล การขาดสิทธิและประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การถูกตีตราจากสังคม ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความต่อเนื่องในการรักษา โดยเฉพาะในประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ที่พบปัญหาของความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความคุ้มค่าในการใช้จ่ายเพื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การแพทย์ทางไกล (telemedicine) เป็นการให้บริการดูแลสุขภาพทางไกล โดยผู้เชี่ยวชาญผ่านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อช่วยในการวินิจฉัยการรักษาป้องกันโรค รวมถึงการศึกษาวิจัยและประเมินผล และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ (World Health Organization: WHO, 2019) หลักการดังกล่าวนำมาสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิตทางไกล (tele-mental health) ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน และการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ห่างไกล เพื่อลดความยากลำบากในการเดินทางหรือเข้าถึงสถานพยาบาล และช่วยลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยรับยาที่โรงพยาบาล (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565; สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดบริการด้านสุขภาพจิต หรือบริการสุขภาพจิตทางไกล มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและแก้ไขปัญหาทางจิตแก่คนจำนวนมาก สามารถส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ที่มีข้อจำกัดในการคมนาคม และในภาวะที่มีสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (Bradford, Caffery & Smith, 2016) และเมื่อพิจารณาจากเงื่อนไขของบริการสุขภาพทางไกล ยังพบว่า มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การชักประวัติร่วมกับการตรวจสภาพจิตเป็นหลัก มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องตรวจร่างกายหรือตรวจพิเศษอื่น ๆ ทำให้แพทย์สามารถตรวจประเมินผู้ป่วยได้ ทั้งยังพบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจที่ได้ใช้พื้นที่ ที่เป็นส่วนตัวในการเข้ารับบริการ ลดความวิตกกังวลในการถูกตีตรา จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Uscher-Pines et al., 2022)

โรงพยาบาลลำปางร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ 27 แห่ง ในพื้นที่ อ.เมือง จ.ลำปาง นำระบบบริการสุขภาพจิตทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโควิด 19 และมีแนวโน้มของการใช้บริการเพิ่มขึ้น เพราะสามารถตอบสนองความต้องการ

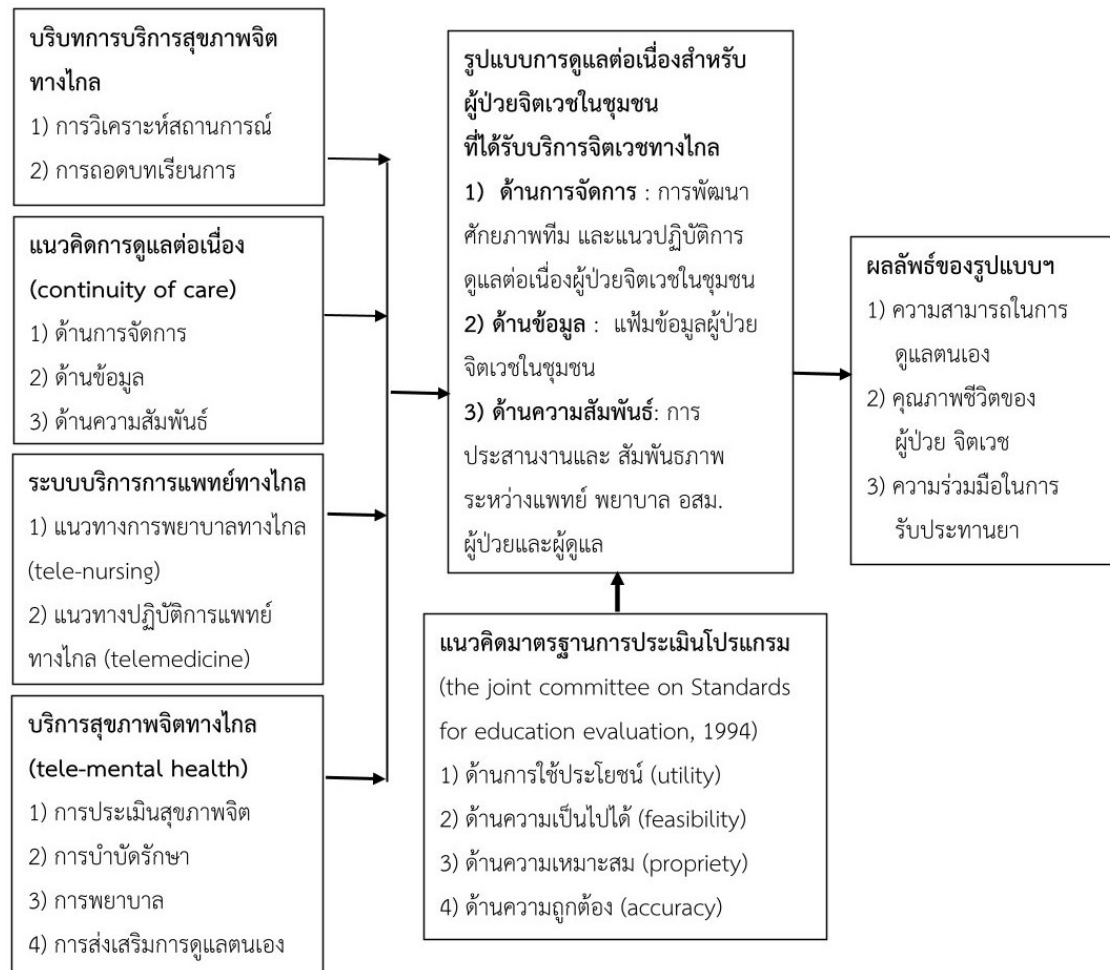
ของผู้รับบริการในด้านความสะดวกในการเดินทาง ภาวะเศรษฐกิจ และความกังวลต่อการติดเชื้อระหว่างการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล จากการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพหน่วยปฐมภูมิที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการบริการสุขภาพจิตทางไกลในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ยังมีช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชลงสู่ชุมชน เนื่องมาจากยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และบุคลากรบางส่วนไม่มั่นใจในศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะที่มีอาการกำเริบ จนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็นไปได้ เน้นให้ผู้ป่วยแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง และบุคลากรสาธารณสุขเข้าร่วมแก้ปัญหาในส่วนที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจัดการได้ โดยให้มีการดูแลที่มีการประสานเชื่อมโยงกัน ประกอบด้วย ความต่อเนื่องด้านการบริหารจัดการความต่อเนื่องด้านข้อมูล และความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair, & McKendry, 2003)

เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ และลดอุปสรรคการกำเริบของโรค ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนารูปแบบและแนวทางการบริการที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่ ภายใต้แนวคิดของการดูแลต่อเนื่องจากบริการสุขภาพจิตทางไกลสู่การดูแลผู้ป่วยในชุมชน และส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จูงใจให้มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล การวิจัยครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกลอย่างต่อเนื่อง โดยการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานในการบริการสุขภาพจิตทางไกล และกำหนดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมตามบริบทของจังหวัดลำปาง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล
2. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกลในด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรับปรึกษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อดำเนินการครบ 6 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and Development) ดำเนินงานตั้งแต่ เดือนมีนาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2566 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

เป็นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บริการสุขภาพจิตทางไกล จากบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชใน รพ.สต.และศูนย์บริการสาธารณสุข ในพื้นที่ อ.เมือง จ.ลำปาง ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 14 คน จากสถานบริการ 13 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกผลการสนทนากลุ่ม (focus group) เกี่ยวกับการรับรู้ศักยภาพตนเองของบุคลากรสุขภาพ กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาลสาขาจิตเวช พบว่า ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (index of consistency : IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย โดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม ตามประเด็นที่กำหนดใช้เวลาในการสนทนากลุ่มกลุ่มละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยเป็นผู้เสนอคำถามครั้งละประเด็น แล้วเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกคนได้แสดงความคิดเห็น โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกเทป และจดบันทึกการสนทนา ภายหลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม ผู้ช่วยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างได้ฟังร่วมกันอีกครั้ง เพื่อเพิ่มเติมข้อมูลให้สมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

เป็นการสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบโดยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ที่ได้จากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยความต้องการด้านการบริหารจัดการ ด้านข้อมูล และด้านความสัมพันธ์ และแนวคิดของการแพทย์ทางไกล ซึ่งเป็นการให้บริการดูแลสุขภาพทางไกล โดยผู้เชี่ยวชาญผ่านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพรูปแบบ ที่พัฒนาตามแนวคิดของมาตรฐานการประเมินโปรแกรมของ The Joint Committee on Standards for Education Evaluation (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยมาตรฐานการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเกิดประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้อง รวมถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.67-1.00

วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวช จากการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากนั้นประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้วยแบบประเมินคุณภาพรูปแบบ ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบตามข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two-group posttest design)

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสุขภาพที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการสุขภาพจิตทางไกล ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์บริการสุขภาพ 27 แห่งในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. บุคลากรสุขภาพที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 8 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ประจำ รพ.สต. และศูนย์บริการสุขภาพ 8 แห่งในพื้นที่ อ.เมือง จ.ลำปาง

2. ผู้ป่วยจิตเวช ในรพ.สต.และศูนย์บริการสุขภาพ 8 แห่ง คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนด effect size=0.8, α err prob=0.05 และ power ($1-\beta$ err prob)=0.95 (Cohen, 1969 อ้างใน American Statistical Association, 2023) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 ราย การวิจัยครั้งนี้ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 คน รวม 90 คน สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) ตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ ได้แก่ รพ.สต. ทราโยทอง, นิคม 16, หุ่นมาน, บ้านกาด, บ้านเอื้อม, สปไพร, แม่กีย และกล้วยแพะ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ใช้เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1. ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลอยู่ในครอบครัว 2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1. ผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง 2. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตามที่กำหนดในระยะเวลา 6 เดือน 3. ออกจากโครงการระหว่างการดำเนินโครงการ และ 4. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงหรือควบคุมตนเองไม่ได้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ลักษณะคล้ายคลึงกัน ในด้าน เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาการเจ็บป่วย และจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง และแนวคิดของการแพทย์ทางไกล ประกอบด้วย 1) แผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพในเครือข่าย เป็นกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การสอนงานระหว่างการให้บริการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ 2) แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ใช้เวลาในการดูแล 6 เดือน

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 10 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และด้านการใช้สารเสพติด ปรับปรุงจากแบบติดตามเยี่ยมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของ กรมสุขภาพจิต (2560) กำหนดระดับคะแนนเป็น 1-3 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็น 1-1.66 ระดับดี 1.67-2.32 ระดับปานกลาง และ 2.33-3 ระดับไม่ดี

2.2 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ปรับปรุงจากแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช ของ รัชนี อุทัยพันธ์ (2555) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา กำหนดระดับคะแนนรายข้อ 1-4 คะแนน คะแนนรวมพฤติกรรมในการรับประทานยาระดับต่ำคะแนนอยู่ในช่วง 16-20 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนอยู่ในช่วง 21-42 คะแนน และระดับสูงคะแนนอยู่ในช่วง 43-64 คะแนน

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ปรับปรุงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา (กาญจนา สุทธิเนียม และ ชลพร กองคำ, 2555) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ครอบคลุม 11 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านแรงจูงใจภายนอก ด้านสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร ด้านการดูแลตนเอง ด้านแรงจูงใจภายในและการมีเป้าหมายชีวิต ด้านชีวิตการทำงานและการเรียน

ด้านสภาพแวดล้อม ด้านนันทนาการ ด้านการจัดการปัญหา ด้านภาวะสุขภาพ ด้านความต้องการและสมรรถภาพทางเพศและด้านภาพลักษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิต ทางไกลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาล วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า .67-1 และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช และแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยพื้นที่ รพ.สต. ทำซ้ำ จำนวน 10 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า .78 และ .72

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการวิจัยและรูปแบบที่กำหนด
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวทางในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง แก่ผู้ประสานงานและผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการดำเนินการวิจัยอย่างถูกต้อง
3. ผู้ประสานงานและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงขั้นตอนในการขอความยินยอม ตามรายละเอียดที่ระบุในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ก่อนการดำเนินการวิจัย
4. ดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามรูปแบบ ในระยะเวลา 6 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน คือการไปตรวจตามนัดในแผนกผู้ป่วยนอก รพ. ลำปาง ทุก 1-3 เดือน ในช่วงเวลา 6 เดือน
5. เมื่อครบ 6 เดือน ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช กรณีที่ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการอ่านทำความเข้าใจ ผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ในพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัวที่ รพ.สต. หรือศูนย์บริการสุขภาพจัดให้

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Fisher exact probability test สถิติทดสอบที (independent t-test) และไคสแควร์ (Chi-square test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2566-035 รับรองวันที่ 31 มีนาคม 2566 โดยผู้ประสานงานชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช ให้ทราบถึงประโยชน์และผลกระทบของการวิจัย วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ และการไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในรายงานการวิจัย และได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบต่อการดูแลและการรักษาในอนาคต รวมถึงแนะนำช่องทางการติดต่อขอรับการช่วยเหลือถ้าพบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

ผลการสนทนากลุ่มบุคลากรสุขภาพ เกี่ยวกับการรับรู้ศักยภาพตนเอง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สรุปได้ดังนี้

1.1 การรับรู้ศักยภาพตนเองของบุคลากรสุขภาพ บุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้ศักยภาพตนเองในระดับสูงในด้าน การจัดการภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การระบุปัญหาทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่พบบ่อยในชุมชน การเสริมพลังและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนการรับรู้ศักยภาพตนเองในระดับปานกลาง ได้แก่ การประเมินสภาพจิต การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การจำแนกโรคทางจิต กลุ่มยาจิตเวช การบริหารยา และการจัดการผลข้างเคียง โดยแนวทางการพัฒนาศักยภาพมาจากการเรียนรู้ระหว่างการทำบริการสุขภาพจิตทางไกล จากการสังเกต และขอคำแนะนำจากจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช

1.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ในแต่ละหน่วยบริการจะมีรายละเอียดกิจกรรมที่แตกต่างกันตามผู้รับผิดชอบและบริบทพื้นที่ แต่มีขั้นตอนหลักคล้ายคลึงกัน ประกอบด้วย การนัดผู้ป่วย การเตรียมสื่อเทคโนโลยี แพ้มประวัติผู้ป่วยและข้อมูลสำคัญที่จะปรึกษาจิตแพทย์ การประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้น และจัดให้ผู้ป่วยเข้าพบจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช โดยบุคลากรใน รพ.สต.จะเข้าร่วมในการตรวจรักษาทุกราย รวมถึงการเพิ่มเติมข้อมูลระหว่างการตรวจรักษา การให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการดูแลตนเอง และการมอบหมายการดูแลต่อเนื่องแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบ

1.3 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และความต้องการการสนับสนุน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพและสร้างเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การรับการตรวจรักษาผ่านบริการสุขภาพจิตทางไกล จนถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน/เร่งด่วนไปส่ง รพ. ลำปาง ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนบางส่วนมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เนื่องจากจากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง และไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงควรมีทีมผู้ให้บริการมาดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาอย่างต่อเนื่อง ต้องการความร่วมมือและการสนับสนุนจาก อสม. ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันสนับสนุนและประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ด้านการฝึกอาชีพ และการอบรมเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย

1) แผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพในเครือข่าย เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ การสอนงานระหว่าง การให้บริการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใช้เวลา 2 เดือนก่อนใช้แนวปฏิบัติ

2) แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยปฐมภูมิ ใช้เวลาในการดูแล 6 เดือน มีกิจกรรมดังนี้

2.1) ขั้นเตรียมข้อมูล ได้แก่ จัดทำแฟ้ม/ฐานข้อมูลผู้ป่วย ประสานงานและนัดหมายกับผู้ป่วย

2.2) ขั้นการให้บริการสุขภาพจิตทางไกล ได้แก่ การทบทวนข้อมูลผู้ป่วย คัดกรองและการตรวจสภาพจิต วินิจฉัยปัญหาทางจิต บำบัดรักษา การช่วยเหลือและให้คำปรึกษา และสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัว

2.3) ขั้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ได้แก่ การส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยการให้คำปรึกษา ประสานงานกับผู้ดูแลและผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งสนับสนุนและเข้าถึงบริการทางสังคมและสุขภาพ

ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=4.28$, $SD=0.32$ และทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านความถูกต้อง รองลงมาคือด้านความเป็นไปได้ $\bar{X}=4.33$, $SD=0.25$, $\bar{X}=4.15$, $SD=0.45$ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ ได้แก่ ควรเพิ่มเติมกิจกรรมที่ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพกับอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชไม่มีผู้ดูแลหรือขาดสิ่งสนับสนุนทางสังคม และระบุแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตทางไกลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้มีการปฏิบัติต่อเนื่องในกรณีที่มีการโยกย้ายบุคลากร หรือรับบุคลากรใหม่

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับการบริการสุขภาพจิตทางไกล

ด้าน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการใช้ประโยชน์ (utility)	4.23	0.35	มาก
1. รูปแบบ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	4.20	0.50	มาก
2. รูปแบบ มีประโยชน์ให้ผู้ดูแลสุขภาพมีแนวทางในการนำไปดูแลผู้ป่วยจิตเวช	4.60	0.45	มากที่สุด
3. รูปแบบ มีประโยชน์ในการสร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลตนเอง	3.90	0.45	มาก
ด้านความเป็นไปได้ (feasibility)	4.30	0.40	มาก
4. รูปแบบ มีความสอดคล้องกับบริบทและสภาพสังคม	4.20	0.40	มาก
5. รูปแบบ มีแนวปฏิบัติชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.10	0.45	มาก
6. รูปแบบ มีความคุ้มค่า คุ้มทุนในการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	4.60	0.40	มากที่สุด
ด้านความเหมาะสม (propriety)	4.23	0.40	มาก
7. รูปแบบ มีกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	4.50	0.45	มากที่สุด
8. รูปแบบ เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่และศักยภาพของบุคลากรในหน่วยปฐมภูมิ	4.20	0.55	มาก
9. กิจกรรมของรูปแบบ มีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของสถานบริการสุขภาพ	4.00	0.50	มาก
ด้านความถูกต้อง (accuracy)	4.33	0.25	มาก
10. รูปแบบ มีความถูกต้องตามแนวคิดของการดูแลต่อเนื่อง	4.60	0.50	มากที่สุด
11. กิจกรรมรูปแบบ ถูกต้องตามหลักการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	4.20	0.45	มาก
12. กิจกรรมรูปแบบ ถูกต้องตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชน	4.20	0.55	มาก
รวม	4.28	0.32	มาก

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะเบื้องต้นไม่แตกต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.60 และ 54.30) ช่วงวัยผู้ใหญ่ 20-59 ปี (ร้อยละ 55.60 และ 52.20) สถานภาพโสด (ร้อยละ 48.90 และ 50.00) การวินิจฉัย โรคจิตเภท (ร้อยละ 28.30 เท่ากัน) ระยะเวลาการเจ็บป่วย มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 35.60 และ 37.00)

3.2 ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้รูปแบบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบกับกลุ่มควบคุมที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ด้านการจัดการภาวะสุขภาพจิตที่ผิดปกติ ด้านการรับประทานยา และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ($\chi^2 = 7.50, 11.15$ และ 14.55 ตามลำดับ) ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้รูปแบบกับกลุ่มควบคุม

ด้าน	ระดับไม่ดี		ระดับปานกลาง		ระดับดี		Chi-Square, Fisher exact	p-value
	f	%	f	%	f	%		
1. ด้านการจัดการความผิดปกติ (C)	9	20.00	22	48.90	14	31.10	7.50	0.012*
ด้านการจัดการความผิดปกติ (E)	4	8.90	17	37.80	24	53.30		
2. ด้านการรับประทานยา (C)	6	13.30	23	51.10	16	35.60	11.15	0.006*
ด้านการรับประทานยา (E)	2	4.40	17	37.80	26	57.80		
3. ด้านศักยภาพของผู้ดูแล/ญาติ (C)	3	6.70	18	40.00	24	53.30	2.32	0.461
ด้านศักยภาพของผู้ดูแล/ญาติ (E)	1	2.20	16	35.60	28	62.20		
4. ด้านการทากิจวัตรประจำวัน (C)	4	8.90	16	35.60	25	55.60	3.41	0.360
ด้านการทากิจวัตรประจำวัน (E)	4	8.90	13	28.90	28	62.20		
5. ด้านการประกอบอาชีพ (C)	5	11.10	24	53.30	16	35.60	0.38	0.725
ด้านการประกอบอาชีพ (E)	4	8.90	23	51.10	18	40.00		
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว (C)	10	22.20	25	55.60	10	22.20	14.55	0.001*
ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว (E)	6	13.30	21	46.70	18	40.00		
7. ด้านสิ่งแวดล้อม (C)	4	8.90	18	40.00	23	51.10	2.11	0.428
ด้านสิ่งแวดล้อม (E)	2	4.40	18	40.00	25	55.60		
8. ด้านการสื่อสาร กับสังคม (C)	10	22.20	17	37.80	18	40.00	3.70	0.237
ด้านการสื่อสาร กับสังคม (E)	9	20.00	16	35.60	20	44.50		
9. ด้านการเรียนรู้เบื้องต้น (C)	6	13.30	16	35.60	23	51.10	2.75	0.142
ด้านความรู้เบื้องต้น (E)	4	8.90	18	40.00	23	51.10		
10. ด้านการใช้สารเสพติด (C)	10	22.10	26	57.80	9	20.00	1.60	0.821
ด้านการใช้สารเสพติด (E)	9	20.00	25	55.60	11	24.40		

* $p < .05$, C=กลุ่มควบคุม, E=กลุ่มทดลอง

3.3 ผลการเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้รูปแบบกับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.76$, $p<.001$) โดยกลุ่มที่ได้รับรูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 57.29, $SD=4.16$ และ 53.36, $SD=5.44$) ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตพบว่าไม่แตกต่างกัน ($t=0.87$, $p<0.05$) โดยกลุ่มที่ได้รับรูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 69.20 ($SD=8.86$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 67.53 ($SD=9.12$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้รูปแบบกับกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	Mean	SD	t	df	p-value
ความร่วมมือในการรับประทานยา					
1. กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	57.29	4.16	3.76*	88	.001**
2. กลุ่มควบคุม	53.36	5.44			
คุณภาพชีวิต					
1. กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	69.20	8.86	0.87	88	.387
2. กลุ่มควบคุม	67.53	9.12			

** $p<.001$

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า บุคลากรในหน่วยปฐมภูมิบางส่วนไม่มั่นใจในศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากบุคลากรในหน่วยปฐมภูมิเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ผ่านการอบรมเฉพาะทางในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และส่วนใหญ่มีการหมุนเวียนกันเข้ารับผิดชอบงานสุขภาพจิตจึงทำให้ไม่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอ ทั้งนี้บุคลากรส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ากระบวนการรักษาผ่านสุขภาพจิตทางไกลเป็นช่องทางในการพัฒนาศักยภาพตนเองได้เป็นอย่างดี เพราะเกิดการเรียนรู้ระหว่างการให้บริการสุขภาพจิตทางไกล จากการสังเกต และขอคำแนะนำจากจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช ผลการวิจัยครั้งนี้จึงแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยปฐมภูมิมีความจำเป็นและแนวทางหนึ่งที่มีความเป็นไปได้และมีประสิทธิภาพคือการเรียนรู้ระหว่างปฏิบัติงาน หรือกระบวนการสอนงาน (coaching) ดังการศึกษาของ วรณชนก จันทชุม, สมปรารถนา ดาผา, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, ศุภลักษณ์ กระแสร์ และ ครุณี ศรีสมบูรณ์ (2563) ที่พบว่าหลังใช้รูปแบบการสอนงาน พยาบาลใหม่มีคะแนนการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้ผลการวิจัยยัง พบว่า การบริการสุขภาพจิตทางไกลของจังหวัดลำปาง ยังจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การรับการตรวจรักษาผ่านบริการสุขภาพจิตทางไกล จนถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางการบริการที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากประกาศสภาการพยาบาล 2564 เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (2564) จะเห็นได้ว่าการกำหนดไว้อย่างชัดเจนถึงหลักการและข้อพึงระวังในการพยาบาลทางไกล

โดยควรกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคคลที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องและหรือการดูแลระยะยาว จากสถานพยาบาล ต้องขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาล มีการวิเคราะห์ข้อมูลและวินิจฉัยการพยาบาล ประเมินอาการและความรุนแรง ความเสี่ยง และวางแผนแผนการพยาบาลอย่างรัดกุมในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการพยาบาลทางไกล ดังนั้นการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนจึงมีความสำคัญและจำเป็น (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล, 2564)

2. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบ ที่มีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก และทุกด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ด้านความถูกต้อง รองลงมาคือด้านความเป็นไปได้ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากรูปแบบถูกพัฒนามาจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกับการวิเคราะห์แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง ของแฮกเกอร์ที และคณะ (Haggerty et al., 2003) ที่ประกอบด้วยความต่อเนื่องด้านการจัดการ ความต่อเนื่องด้านข้อมูล และความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล เพราะภายหลังจากการรับบริการสุขภาพจิตทางไกลแล้วผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการส่งเสริม ให้สามารถดูแลตนเอง มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้พยาบาลใช้ประสานงานกับผู้ดูแลและผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งสนับสนุนและเข้าถึงบริการสุขภาพแผน รวมถึงการช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับแผนการรักษาที่ได้รับจากบริการสุขภาพจิตทางไกล เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ลดระยะเวลา ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการ สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการใช้นโยบายปฏิบัติในการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ที่สามารถพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการกำเริบของโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ (Bradford et al., 2016)

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

3.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล ในด้านภาวะสุขภาพจิตที่ผิดปกติ ด้านการรับประทานยา และด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีค่าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการปกติ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าจะเป็นเพราะในการบริการสุขภาพจิตทางไกลได้ดำเนินกิจกรรมบริการตามแนวทางการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมทั้ง การประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วย การช่วยเหลือและให้คำปรึกษา การส่งเสริมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล และยังมีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบ อีกทั้งยังมีการสื่อสารประสานงานระหว่างบุคลากรสุขภาพ อสม. ผู้ดูแล และผู้ป่วย ซึ่งการดูแลต่อเนื่องเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เป็นการบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็นไปได้ เน้นให้ผู้ป่วยแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง (Haggerty et al., 2003) เพื่อเสริมสร้างการปรับตัวของผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Chen et al., 2013) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพทางไกล (telehealth care) ในผู้ป่วยเบาหวานและพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเอง ด้านการทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าการบริการสุขภาพทางไกล

ร่วมกับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังเป้าหมายหลักในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว เป็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2565)

3.2 ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช

จากผลการวิจัย พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามแนวทางดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการปกติ ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองและให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและการรักษา การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในทุกครั้งในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและสภาพการดำเนินชีวิตตามความเป็นจริงทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ และเสริมพลังในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท ที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (สมิตา กุมลา, โสภณ แสงอ่อน และ พชรินทร์ นินทจันทร์, 2563) การได้รับการบริการสุขภาพจิตทางไกล ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการแก่ผู้ป่วย มีพื้นที่ที่เป็นส่วนตัวในการเข้ารับการรักษา และเวลาในการให้บริการจากแพทย์และพยาบาลมีเพียงพอในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงความต่อเนื่องของการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ร่วมกับการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีทางไกลสามารถเพิ่มอัตราการกินยาต่อเนื่องและความตระหนักในการกินยาของผู้ป่วยได้ (Uslu & Buldukoglu, 2020) นอกจากนี้การมารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการจัดพื้นที่อย่างเป็นสัดส่วนจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ใช้พื้นที่ส่วนตัวในการเข้ารับบริการ ลดความวิตกกังวลในการถูกตริตรอง จึงทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามนัด ในอัตราที่สูงขึ้น ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้ดี (Uscher-Pines et al., 2022) นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษายังเป็นผลมาจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ส่งผลให้เกิดการกำกับติดตามการรักษาสู่ผู้ป่วยในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการวิจัยของ ธัญญา สองเมือง และ อนัญญา สองเมือง (2565) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และญาติกับทีมสุขภาพซึ่งได้รับคำปรึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับประทานยา ทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง

3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลตามแนวทางดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการสุขภาพจิตทางไกลนั้น ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการบริการปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การให้ความช่วยเหลือ การเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทั้งในด้านการแสดงออกต่อผู้ป่วย การปรับการสื่อสารเชิงบวก การแสวงหาความช่วยเหลือจากภายนอก การกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองและส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเทียบกับการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมนต์ภรณ์ สุวรรณทวีสุข, กิตติพล นาควิโรจน์ และ ธัญญรัตน์ โนมัยสินทวี (2566) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้การแพทย์ทางไกลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้บริการ ถึงแม้การบริการสุขภาพจิตทางไกลจะเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ชับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และ

สาธารณสุข ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในการประเมิน ติดตาม และ ให้คำแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยชุมชน แต่การจะประเมินว่าสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือไม่ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่องการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาดำเนินการ 6 เดือน และเป็นช่วงเวลาที่มีการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน จึงอาจทำให้ไม่เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจนในการเปรียบเทียบกับ การเข้าตรวจรักษาในโรงพยาบาล แต่กระบวนการของรูปแบบนี้สามารถส่งเสริมให้เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและชุมชน มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงในระดับครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสำคัญ มีกำลังใจในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค เพื่อที่จะใช้ชีวิตในสังคมได้ และจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในอนาคต เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย จะเห็นว่าผลลัพธ์สอดคล้องกับการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เห็นว่ารูปแบบ มีความเหมาะสมในระดับมากทุกด้าน โดยมีประโยชน์แก่บุคลากรสุขภาพในการนำแนวทางไปดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความคุ้มค่าในการนำไปใช้และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำแนวทางดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่
2. ผลการศึกษาที่พบว่า รูปแบบสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกลได้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้บริการ จึงควรกำหนดนโยบายในการพัฒนาและขยายผลการดูแลต่อเนื่องจากบริการสุขภาพจิตทางไกล โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีจำนวนบุคลากรสุขภาพไม่เพียงพอหรือมีความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง โดยการติดตามระยะยาวของการรับประทานยาต่อเนื่อง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. ควรศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในด้านอื่นที่มีความสำคัญหรือจำเป็นในการตอบสนองนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว ศักยภาพผู้ดูแล การกลับเข้ารักษาซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

กมนต์ภรณ์ สุวรรณทวิมีสุข, กิตติพล นาควิโรจน์ และ ธัญญรัตน์ โน้มยสินทวิ. (2566). ผลลัพธ์ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกลควบคู่กับการดูแลปกติเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 6(2), 133-143.

- กรมสุขภาพจิต. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข. จาก <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202002061595902378.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2565). แนวทางการบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (telepsychiatry) ผู้ป่วยนอก: สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก https://mhso.dmh.go.th/page/subject_details.php?subject_id=734
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.(2564). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพฯ; ละม่อม.
- กาญจนา สุทธิเนียม และ ชลพร กองคำ. (2555). การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(3), 28-40.
- ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล. (2564, 10 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 33 ง, หน้า 49-51.
- ธัญญา สองเมือง และ อนัญญา สองเมือง. (2565). ความร่วมมือในการใช้ยาและการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทหลังถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(1), 70-79.
- รัชณี อุทัยพันธ์. (2555). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณชนก จันทชุม, สมปรารถนา ดาผา, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, ศุภลักษณ์ กระแสร์ และ ครุณี ศรีสมบูรณ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการสอนงานในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(1), 157-166.
- ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และ ขนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(2), 68-76.
- สุมิศา กุมลา, โสภิน แสงอ่อน และ พชรินทร์ นินทจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34(2), 132-152.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- American Statistical Association. (2023). *G*Power 3.1 manual*. Retrieved from https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPowerManual.pdf
- Bradford, N. K., Caffery, L. J., & Smith, A. C. (2016). Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. *Rural and Remote Health*, 16(4), 3808.

- Chen, L., Chuang, L.M., Chang, C.H., Wang, C.S., Wang, I.C., Chung, Y., ... Lai, F. (2013). Evaluating self-management behaviors of diabetic patients in a tele health care program: longitudinal study over 18 months. *Journal of Medical Internet Research*, 15(12), e266. doi: 10.2196/jmir.2699
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219-1221.
- Hamann, J., Lipp, M. L., Christ-Zapp, S., Spellmann, I., & Kissling, W. (2014). Psychiatrist and patient responses to suspected medication nonadherence in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 65(7), 881-887.
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation theory, models and applications*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Uscher-Pines, L., Arora, N., Jones, M., Lee, A., Sousa, J. L., McCullough, C. M., ... Ober, A. J. (2022). Experiences of health centers in implementing telehealth visits for underserved patients during the COVID-19 pandemic: results from the connected care accelerator initiative. *Rand Health Quarterly*, 9(4). 2.
- Uslu, E., & Buldukoglu, K. (2020). Randomized controlled trial of the effects of nursing care based on a telephone intervention for medication adherence in schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 63–71. doi: 10.1111/ppc.12376
- World Health Organization: WHO. (2019). *Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน

วิภารัตน์ ฝิวอ่อน, พย.ม.¹ธัญญชยา วุฒิ, พย.บ.¹ปรีศนี ศรีกัน, ประ.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย เพื่อรับยาเคมีบำบัดที่บ้านเป็นความท้าทาย เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายด้านแต่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งก่อนระหว่าง และหลังการได้รับยาเคมีบำบัดในแต่ละรอบ ระยะเวลาของโปรแกรม 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3 และ 4 จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเตรียมความพร้อม คู่มือการดูแลตนเองในการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .92 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค เท่ากับ .89 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและทดสอบค่าที ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง ($\bar{X}=3.03$, $SD=0.41$) และคุณภาพชีวิต ($\bar{X}=82.70$, $SD=7.31$) หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=2.31$, $SD=0.55$ และ $\bar{X}=52.70$, $SD=13.41$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังนั้นโปรแกรมการเตรียมความพร้อมนี้สามารถไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและเป็นความรู้เพื่อใช้ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับพยาบาล

คำสำคัญ: การรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน, การเตรียมความพร้อม, คุณภาพชีวิต, พฤติกรรมดูแลตนเอง, มะเร็งลำไส้ใหญ่

วันที่รับ: 17 พฤศจิกายน 2566 วันที่แก้ไข: 20 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 21 ธันวาคม 2566

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน่าน

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: pratsanii@gmail.com

The effect of the readiness program on self-care behavior and quality of life among colorectal cancer patients receiving home-based chemotherapy

Viparuch Phiwon, M.S.N.¹

Tanchaya Wuthi, B.S.N.¹

Pratsani Srikan, Ph.D.^{2*}

Abstract

Preparing patients for home-based chemotherapy was a challenging task due to various limitations but aimed to enhance patients' quality of life. The study compares self-care behaviors and quality of life in colon cancer patients undergoing home-based chemotherapy, before, during and after a 12-week patient preparation program. The sample consisted of stage 3 and 4 colon cancer patients. The research instruments included the readiness program, which showed a high index of content validity (.92). The tools for self-care behavior and quality of life had Cronbach's alpha coefficients of .89 and .90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The results showed the mean scores of self-care behavior ($\bar{x}=3.03$, $SD=0.41$) and quality of life ($\bar{x}=82.70$, $SD=7.31$) after the program were significantly increased, compared to before ($\bar{x}=2.31$, $SD=0.55$ and $\bar{x}=52.70$, $SD=13.41$, orderly) with $p<.001$. Thus, preparation program should be adapted to the patient's context and incorporated into nursing education for patient preparation.

Keywords: Home chemotherapy, Readiness, Quality of life, Self-care behavior, Colon cancer

Received: Nov 17, 2023 Revised: Dec 20, 2023 Accepted: Dec 21, 2023

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Nan Hospital

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

* Corresponding author: email: pratsanii@gmail.com

บทนำ

การให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้านเป็นทางเลือก ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ตามสิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพระดับทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทำให้เกิดอัตราการป่วยและการตายที่สูง (Bray, Ferlay, Soerjomataram, Siegel, Torre, & Jemal, 2018) จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา เท่ากับ 16.9 คน ต่อหนึ่งแสนประชากร ร้อยละ 20.7 ในเพศชายและร้อยละ 12.2 ในเพศหญิง จากรายงานทะเบียนมะเร็งของภาคเหนือ พบว่า อุบัติการณ์และอัตราการตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในภาคเหนือตอนบนช่วง พ.ศ.2536-2560 ในภาพรวม พบว่า อุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 3.6 ต่อปี (ดลสุข พงษ์นิกร, กาญจนดา ดาวประเสริฐ, บุรินทร์ วงศ์แก้ว, ศิริินยา แสงคำ, มนฐิตินันท์ ประดิษฐ์ค่าย และ วริศรา มีมาก, 2563) ซึ่งในจังหวัดน่าน พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน่าน 506 คนต่อปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในปี พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เข้ารับการรักษา 114 คน รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจำนวน 91 คน และเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3-4 จำนวน 51 คน การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะนี้ เป็นสูตร FOLFOX₄, mFOLFOX₆ หรือ FOLFIRI ซึ่งประกอบด้วยยา Oxaliplatin Leucovorin และ Fluorouracil โดยผู้ป่วยต้องรับการรักษาโรงพยาบาล 2-3 วัน ทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 6 เดือน มักเกิดผลกระทบบ้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว (ปิยาภรณ์ อินทพลชัย และ กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, 2563) โดยความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมักลดลง อาจเกิดอาการข้างเคียงจากยา เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเม็ดเลือดขาวที่ลดลง อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน แผลในปาก ถ่ายเหลว อาจกระทบต่อรายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากต้องหยุดงานในช่วงของการรักษา มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ในขณะที่ตัวผู้ป่วยอาจมีปัญหาด้านการได้รับยาที่ล่าช้า เนื่องจากอัตราการครองเตียงที่มาก ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการรักษาลดลง ผู้ป่วยและผู้ดูแลอาจเกิดความเครียด วิตกกังวลถึงความไม่แน่นอนของการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องกับคุณภาพชีวิต (วารุณี มีเจริญ, จิตติกานต์ กาลเทศ และ กัลยา นุตระ, 2561)

ในปี พ.ศ 2563 การระบาดของโรคโควิด-19 ได้ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในแนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะในการใช้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากต้องการลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัส (Moraliyage et al., 2021) และสนับสนุนการเว้นระยะห่างทางสังคม ลดความเสี่ยงการติดเชื้อของผู้ป่วย เพิ่มความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยในการบริหารยา และคงประสิทธิภาพของการรักษา ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้การบริหารยาเคมีบำบัดที่บ้าน ยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้ชีวิตประจำวัน ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ผู้ป่วยสามารถไปทำงานได้ในขณะรับยาเคมีบำบัด (Corbett et al, 2015) อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนมารักษาที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องรับผิดชอบมากกว่าเดิม ในการจัดการรักษาและอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยตัวเอง แม้ว่าการเปลี่ยนเปลี่ยนนี้จะส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และอาจทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเองนั้นแตกต่างกันไป จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน

การบริหารยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านนั้น ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดคือยาฟลูออโรยูราซิล (Fluorouracil: 5-FU) แบบต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำประมาณ 2-5 วัน โดยที่ผู้ป่วยควรมีที่พักอาศัยไม่ไกลจากโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความพร้อมในการดูแลตนเอง นำยาและอุปกรณ์การให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านได้ ซึ่งอุปกรณ์ควบคุมอัตราการไหลของยา (elastomeric infusion pump) มีขนาดเล็ก น้ำหนักเบา สามารถพกพา และซ่อนใต้เสื้อผ้าของผู้ป่วย ไม่ต้องอาศัยการทำงานของแบตเตอรี่ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติ ใช้งานได้สะดวก และดูแลง่าย ยาจะถูกบริหารโดยใช้แรงดันในการไหลของยา ผ่านเยื่อบุซิลิโคนด้านใน อัตราการไหลจะถูกกำหนดจากอุปกรณ์ควบคุมอัตราการไหล และแรงดันของเยื่อบุซิลิโคนด้านใน โดยความดันที่ใช้ในการไหลของยาจะสามารถต้านแรงดันกลับของเลือดภายในสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยได้ ซึ่งแรงดันกลับนี้จะมีผลต่ออัตราการไหลด้วย (ปณมาภรณ์ ตั้งธีระคุณ, 2562)

คุณภาพชีวิตที่ดีมีความสำคัญกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระหว่างการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน การบริหารยาเคมีบำบัดที่บ้านส่งผลดีกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ต้องนอนค้างคืนในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำงานในขณะรับยาเคมีบำบัดได้ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านได้ตามปกติ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการมีส่วนร่วมในการรักษา สามารถควบคุมชีวิตของตนเอง และรู้สึกมีความหมายในชีวิตมาก ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยมีความผูกพันมากกว่าผู้อื่น ทำให้มีกำลังในการเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเองได้ เกิดความมั่นใจสามารถปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงได้นำผลการวิจัยมาพัฒนาโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านรามาโมเดล (Home Chemo RAMA Model, HCRM) ซึ่งดำเนินการเป็นแห่งแรกของประเทศไทย (ภิญโญ อุทธิยา, นิธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์, สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และ นพกาญจน์ วรรณกิจโสภณ, 2562) นำมาปรับให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลน่าน ใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา ตรงเวลา และอำนวยความสะดวกผู้ป่วยและครอบครัว แต่ยังคงรักษาความปลอดภัยในการบริหารยา และประสิทธิภาพของการรักษา

อย่างไรก็ตามการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีความพร้อม ในการเปลี่ยนจากการรับยาเคมีบำบัดจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านได้อย่างปลอดภัย มีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดได้นั้น มีความท้าทายหลายประการ เช่น เป็นแนวทางการรักษาที่ยังใหม่ในประเทศไทย ภาพลักษณ์ของยาเคมีบำบัดที่ค่อนข้างอันตราย และการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีข้อจำกัดของทรัพยากร บุคลากร และนโยบายการเว้นระยะห่างทางสังคม ดังนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องผ่านกระบวนการคัดกรอง การช่วยเหลือสนับสนุน ให้เกิดความรู้และทักษะในหลายประเด็น และใช้วิธีการที่เหมาะสมกับบริบทที่มีความแตกต่างจากภาวะปกติ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา ข้อดีและข้อจำกัดของการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน การให้ข้อมูลและการตัดสินใจ การเตรียมและประเมินความพร้อมของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Port-A-Cath) (ปณมาภรณ์ ตั้งธีระคุณ, 2562) การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการบริหารยา การบริหารยาเคมีบำบัด การดูแลอุปกรณ์ติดตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขณะได้รับยาที่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติ และการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเกิดอาการผิดปกติ การป้องกันการติดเชื้อ และถอดอุปกรณ์ ซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งการริเริ่ม

ของปรับเปลี่ยนการบริการ ที่เน้นการดูแลในโรงพยาบาล ไปสู่การดูแลที่บ้านมีความท้าทาย (ภิญโญ อุทธิยา และคณะ, 2562) ทีมสหสาขาวิชาชีพต้องมั่นใจว่า ผู้ป่วยมีความพร้อม สามารถดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมที่บ้าน ซึ่งโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัดที่บ้านมีความสำคัญและควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม โปรแกรมเหล่านี้สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคของตนเอง กระบวนการรักษาด้วยยาเคมี และพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นในระหว่างการรักษา (Srithumsuk & Wangnum, 2021) วิจัยก่อนหน้านี้ได้แสดงความสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งระหว่างการศึกษา ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น และผลการรักษาที่ดีขึ้นในโรคอื่นๆ (Turon et al., 2022; Wu, Tsao, Huang, & Liu, 2021) แต่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้านในประเทศไทย ยังไม่มีผลการศึกษาที่แน่ชัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมนี้ว่า มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร และอาจใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่รับยาเคมีบำบัดที่บ้านหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่รับยาเคมีบำบัดที่บ้านหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ซึ่งใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน โดยอาศัยแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model) ของเฮิร์ชแมน และคณะ (Hirschman, Shaid, McCauley, Pauly, & Naylor, 2015) และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) กล่าวคือการเตรียมความรู้และทักษะของผู้ป่วยในการดูแลรับยาเคมีบำบัดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลและนำกลับไปดูแลต่อที่บ้านที่บ้าน ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งโปรแกรมแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อน ระหว่าง และหลังการรับยาเคมีบำบัด โดย 1) ระยะก่อนรับยาเคมีบำบัด มี 3 ขั้นตอน คือ การคัดกรองผู้ป่วย การให้ข้อมูลและการตัดสินใจ และการเตรียมและประเมินความพร้อมเส้นเลือดบริเวณผิวหนังที่จะให้ยา 2) ระยะของการรับยาเคมีบำบัด มี 2 ขั้นตอนคือ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการบริหารยา และการบริหารยาเคมีบำบัดและ 3) ระยะหลังการให้ยา จะมีการประสานข้อมูลเพื่อติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือเยี่ยมบ้าน และการถอดอุปกรณ์ ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาล มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือบุคคล ที่มีความบกพร่อง

ในการดูแลตนเองขณะรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน โดยการทำให้หรือทำทดแทน ชี้แนะ สอน สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ และทักษะของผู้ป่วย ให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วย

■ ก่อนการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน

- การคัดกรองผู้ป่วย: ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา
- การให้ข้อมูลและการตัดสินใจ: ข้อดี-ข้อเสียของการรับยาที่บ้าน การปฏิบัติตัวขณะรับยา ขั้นตอนการรับยา ส่วนประกอบและการดูแลอุปกรณ์ ผลข้างเคียงของยา การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง และการวางแผนการเยี่ยมบ้าน
- การเตรียมและประเมินความพร้อมเส้นเลือดบริเวณผิวหนังที่จะให้ยา

■ ระหว่างการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน

- ก่อนการบริหารยาเคมีบำบัด: การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและเส้นเลือดในการบริหารยา
- ระหว่างการบริหารยา: การให้ยาตามแนวปฏิบัติ และการทวนสอบความรู้และความเข้าใจ

- พฤติกรรมการดูแลตนเอง
- คุณภาพชีวิต

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pre-post-test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน จำนวน 30 คน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในช่วงระยะเวลา เดือน เมษายน-ตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3 และ 4 ที่รับการรักษาในหน่วยเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3 หรือ 4 ที่แพทย์พิจารณาว่ามีความเหมาะสมในการรับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX₄, mFOLFOX₆ และ FOLFIRI ที่บ้าน และผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับยาเคมีบำบัดสูตรดังกล่าว ที่บ้าน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.01 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) = .05 และอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการเตรียมความพร้อมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนาจากความคิดเห็นของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และการดูแลตนเองของโอโรรม ในการเตรียมความรู้และทักษะของผู้ป่วยในการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน จากการรับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาล และนำกลับไปที่บ้าน มีทั้งหมด 3 ระยะ ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังรับยาเคมีบำบัด กิจกรรมประกอบด้วย การสอนและสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองและอุปกรณ์ขณะอยู่ที่บ้าน เช่น การป้องกันการหลุดหรือเลื่อนของข้อต่อของสายให้ยาเคมีบำบัด ไม่นอนทับกระเปาะ ไม่ประคบร้อนหรือเย็นบริเวณกระเปาะและสายให้ยา ระวังของมีคมที่แทงกระเปาะยา ให้อุปกรณ์ควบคุมอัตราการไหลของยาสัมผัสผิวหนังของผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อให้อุณหภูมิของกระเปาะใกล้เคียงกับอุณหภูมิของร่างกาย การสาธิตเกี่ยวกับการทำงานของอุปกรณ์ การวางกระเปาะยาในกระเปาะหรือใต้เสื้อผ้าของผู้ป่วย และการปิดข้อต่อของสายยางและกระเปาะหากมีการรั่วไหลของยา รวมถึงมีการสาธิตย้อนกลับโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ กิจกรรมยังมีการเตรียมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการเตรียมเส้นเลือดส่วนกลางสำหรับการให้ยา อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ก่อนเริ่มการบริหารยา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัย จนเกิดความเข้าใจ มีโอกาสพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่เคยรับยาเคมีบำบัดที่บ้านมาก่อน มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และสร้างสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับตนเอง และการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. คู่มือการดูแลตนเองในการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ขั้นตอนการรับยา ส่วนประกอบและการดูแลอุปกรณ์ การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การดูแลป้องกันการฟุ้งกระจายของยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวในกรณีสายให้ยาหลุดหรือเคมีบำบัดรั่วไหล การสังเกตการณ์ไหลของยา ความผิดปกติและอาการแสดงที่สำคัญ และการกลับมาโรงพยาบาลเพื่อการถอดอุปกรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะของโรคมะเร็ง และสูตรยาเคมีบำบัด

2. แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองขณะรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง จำนวน 13 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) มี 5 ระดับ กำหนดคะแนนปฏิบัติน้อยที่สุด (0 คะแนน) ถึงปฏิบัติมากที่สุด (4 คะแนน) คะแนนสูงแสดงถึงการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การแปลผลระดับพฤติกรรมโดยใช้ พิสัยของคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี คะแนน ระหว่าง 0-1.33 ระดับปานกลาง คะแนน ระหว่าง 1.34-2.68 และระดับดีคะแนน ระหว่าง 2.69-4.00

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (Functional Assessment of Cancer Therapy-General [FACT-G]) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย Ratanatharathorn et al. (2001) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 27 ข้อ เป็นแบบลิเคิร์ท (Likert scale) โดย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด คะแนนยิ่งสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี ประกอบด้วย 4 หมวด คือ ความผาสุกด้านร่างกาย 7 ข้อ ความผาสุก

ด้านสังคมและครอบครัว 7 ข้อ ความผาสุกอารมณ์และจิตใจ 6 ข้อ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม 7 ข้อ การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตโดยใช้พิสัยของคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ระดับไม่ดี คะแนนระหว่าง 0-36 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 37-72 และระดับดีคะแนน ระหว่าง 73-108 คะแนนรายด้าน ด้านร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ระดับไม่ดี คะแนนระหว่าง 0-9 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 10-18 และระดับดี คะแนนระหว่าง 19-27 คะแนนด้านอารมณ์ จิตใจ ระดับไม่ดี คะแนนระหว่าง 0-8 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 9-16 และระดับดี คะแนนระหว่าง 17-24

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity index: [CVI]) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อม คู่มือการดูแลตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มาคำนวณหาค่า CVI โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ปรับปรุงแล้ว และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น .89 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ทีมวิจัยพบผู้ป่วยเพื่อเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงชื่อ เพื่อความยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรม สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอบแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

ระยะดำเนินการทดลอง โปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน มีการเตรียมผู้ป่วยดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมความพร้อม โดยเริ่มจากแพทย์ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษา เสนอทางเลือกการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้าน ทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ผลดีและผลเสียของยาเคมีบำบัดที่บ้าน จะใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

2) เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงความสนใจ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้โอกาสผู้ป่วยสอบถามและชี้แจงรายละเอียดการเตรียมการผ่าตัดเส้นเลือดสำหรับการให้ยา ขั้นตอนการรับยา การปฏิบัติตัวขณะรับยา การดูแลตัวควบคุมอัตราการไหลของยา ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับการสาธิตให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล อธิบายลักษณะของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยมีอุปกรณ์จริงให้ผู้ป่วยดู พร้อมทั้งใช้สื่อการสอนให้เข้าใจและเห็นภาพ ประมาณ 1-2 ชั่วโมง

3) หลังจากนั้นมีการนัดพบปะกับผู้ป่วยที่เคยได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านมาพูดคุย ซักถาม พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้เกิดความคุ้นเคย เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประมาณ 30-60 นาที

4) พบเภสัชกรรับคำแนะนำเรื่องยาเคมีบำบัดและการสังเกตผลข้างเคียงของยา ใช้เวลา 30 นาที

5) นัดหมายการผ่าตัดเตรียมเส้นเลือดสำหรับการให้ยากับศัลยแพทย์ พร้อมทั้งแนะนำการเตรียมตัวก่อนและหลังการผ่าตัด และนัดเพื่อประเมินความพร้อมของเส้นเลือดหลังการผ่าตัด 2 สัปดาห์

ระยะที่ 2 ระหว่างการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรกและทุก 2 สัปดาห์ จนครบ 12 ครั้ง

1) ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือดและพบแพทย์ที่รักษาเพื่อประเมินความพร้อมในการรับยาเคมีบำบัดในช่วงเช้าของวัน หลังจากนั้นเภสัชกรจะมีการเตรียมยาสำหรับผู้ป่วย จะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

2) ก่อนการบริหารยาเคมีบำบัด พยาบาลให้ผู้ป่วยลงชื่อยอมรับการรักษา ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด และเชิญเข้ากลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน ผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ในกลุ่ม สำหรับการติดตามอาการ ตอบข้อซักถาม ให้กำลังใจ และกรณีมีปัญหาเร่งด่วนสามารถสอบถามทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทันที

3) ในการรับยาครั้งแรกผู้ป่วยจะนอนในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด 1 คืน เพื่อประเมินอาการและการทำงานของอุปกรณ์ควบคุมการอัตราการไหลของยา และทดสอบความมั่นใจในการดูแลอุปกรณ์ของผู้ป่วย การสังเกตความผิดปกติ ปริมาณการไหลของยาเคมีบำบัด มีการใช้แบบทดสอบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยอธิบายขั้นตอนการรับบริการ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลเขียนแผนที่บ้านและลงนามในเอกสารยินยอมในการเยี่ยมบ้าน พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ ทบทวนวิธีการดูแลชุดบริหารยาเคมีบำบัดที่บ้าน การดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และวิธีการตรวจสอบยาหมดในกระเปาะได้รับคำแนะนำการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารสะอาดและปรุงใหม่ การใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่ชุมชน การล้างมือ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม เช่น การกดชักโครก 2 ครั้ง หลังมีการขับถ่าย เพื่อป้องกันการกระจายของยาเคมีบำบัด สังเกตอาการผิดปกติอาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล ก่อนนัด เช่น มีไข้ รอบสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางบวมแดง ท้องเสียรุนแรง เป็นต้น

4) ผู้ป่วยที่รับยาครั้งที่ 2 เป็นต้นไป จะมีการพบแพทย์ตามนัด หลังจากได้รับการประเมินและคำแนะนำจากพยาบาลและเภสัชกรแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับยาตามแผนการรักษาและต่อยา 5-FU ในอุปกรณ์ควบคุมการอัตราการไหลของยาเข้ากับสายบริเวณเส้นเลือดดำส่วนกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปบริการที่บ้านอีก 48-50 ชั่วโมง พยาบาลมีการทบทวนวิธีการดูแลชุดบริหารยาที่บ้าน

ระยะที่ 3 หลังการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับยากลับไปอยู่ที่บ้านในแต่ละครั้ง เป็นระยะเวลา 48-50 ชั่วโมง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามจากพยาบาลดังนี้

1) ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับหมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงานและไลน์แอปพลิเคชันเพื่อให้สามารถปรึกษาเมื่อมีปัญหา

2) ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลติดต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์ มีการสอบถามปัญหาในการดูแลตนเอง ทบทวนความเข้าใจในการดูแลอุปกรณ์ รวมทั้งการขอให้ส่งรูปถ่ายของอุปกรณ์ ยา หรืออาการผิดปกติ ผ่านทาง และไลน์แอปพลิเคชัน ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

3) ผู้ป่วยรับการถอดชุดบริหารยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาล เมื่อยาหมดหรือประมาณ 48-50 ชั่วโมงหลังเริ่มยา

4) หลังการรับยา 1 สัปดาห์ พยาบาลติดต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์ มีการสอบถามปัญหาในการดูแลตนเอง ทบทวนการสังเกตอาการและอาการข้างเคียงใช้เวลาประมาณ 10 นาที

5) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 1 ครั้ง เพื่อประเมินสภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม สภาพเศรษฐกิจ สังคม ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในสัปดาห์ที่ 4-8

6) ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 12

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลน่าน เลขที่ COA. 017/2566 วันที่ 1 เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ผ่านเอกสารชี้แจง มีการแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถตัดสินใจเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บรักษาเป็นความลับ จัดเก็บอย่างปลอดภัย และมีการจำกัดการเข้าถึง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างถูกนำไปวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ paired sample t-test หลังจากจากการตรวจสอบข้อมูล พบว่า มีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.33 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.60 เป็นแม่เร่ร่อนไร้คู่ร้อยละ 3 และ 4 จำนวนเท่ากัน ใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 73.33

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในขณะเดียวกันคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองรายข้อเพิ่มขึ้นทุกพฤติกรรมเช่นกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}/SD$	ระดับ	$\bar{X}/SD$	ระดับ		
พฤติกรรมโดยรวม	2.31/0.55	ปานกลาง	3.03/0.41	ดี	-6.153	.000*
1. การนอนหลับพักผ่อน	2.40/0.77	ปานกลาง	3.13/0.43	ดี	-5.430	.000*
2. การดื่มน้ำ	2.50/0.73	ปานกลาง	2.93/0.78	ดี	-2.765	.010*
3. การรับประทานอาหาร	2.87/0.94	ดี	3.43/0.50	ดี	-3.798	.000*
4. การแปรงฟัน	2.63/0.85	ปานกลาง	3.37/0.56	ดี	-4.853	.000*
5. การขับถ่าย	2.03/0.96	ปานกลาง	3.63/0.85	ดี	-2.983	.006*

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}/SD$	ระดับ	$\bar{X}/SD$	ระดับ		
6. การชำระหลังขับถ่าย	2.23/0.86	ปานกลาง	2.90/0.61	ดี	-3.959	.000*
7. การหลีกเลี่ยงใกล้ชิดผู้ป่วย	2.03/1.03	ปานกลาง	2.90/1.13	ดี	-4.878	.000*
8. การสวมหน้ากากอนามัย	2.57/0.94	ปานกลาง	3.43/0.63	ดี	-3.791	.001*
9. การเว้นระยะห่างจากผู้อื่น	2.20/0.55	ปานกลาง	3.13/0.70	ดี	-5.215	.000*
10. การล้างมือ	2.23/0.68	ปานกลาง	2.97/0.66	ดี	-4.428	.000*
11. การสังเกตอาการผิดปกติ	2.20/0.93	ปานกลาง	3.03/0.62	ดี	-4.334	.000*
12. การแยกของใช้ส่วนตัว	1.90/1.06	ปานกลาง	2.63/1.13	ปานกลาง	-3.958	.000*
13. การใช้ช้อนกลาง	2.17/1.45	ปานกลาง	2.93/0.94	ดี	-4.323	.000*

* $p < .01$

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านก็เพิ่มขึ้นทุกด้านเช่นเดียวกัน ซึ่งพบว่า คะแนนด้านอารมณ์และจิตใจเพิ่มขึ้นมากที่สุด ตามด้วยด้านการปฏิบัติกิจกรรม ด้านร่างกาย และด้านสังคม/ครอบครัว ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}/SD$	ระดับ	$\bar{X}/SD$	ระดับ		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	52.70/13.41	ปานกลาง	82.70/7.32	ดี	-11.025	.000*
ด้านร่างกาย	11.80/4.13	ปานกลาง	20.30/5.66	ดี	-6.518	.000*
ด้านสังคม/ครอบครัว	21.90/2.60	ดี	23.63/2.16	ดี	3.196	.003*
ด้านอารมณ์ จิตใจ	8.03/5.76	ไม่ดี	18.67/3.04	ดี	-9.504	.000*
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	10.97/5.79	ปานกลาง	20.10/2.52	ดี	-8.269	.000*

* $p < .01$

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่ให้ความสำคัญของการบริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในบริบทที่ผู้ป่วยมีความคุ้นเคย โดยเฉพาะการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่บ้าน และการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว (Hirschman et al., 2015) เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและราบรื่น กล่าวคือ ก่อนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย และผ่านกระบวนการวินิจฉัยและรักษาหลายอย่าง อาจรวมถึงการผ่าตัดบริเวณลำไส้หรือการรักษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย การเข้าสังคม และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จึงพบว่า มีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างต่ำ (Dung, Lan, Khanh, & Chinh, 2021; Swiatkowski, Górnicki, Butdys, & Chabowski, 2022) ซึ่งคุณภาพชีวิตที่มักได้รับผลกระทบได้บ่อย มักเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของร่างกายและสังคม (Physical and social functioning) ผู้ป่วยมักมีอาการขับถ่ายผิดปกติ เกิดความเจ็บปวด (พรพิมล เลิศพานิช, อำภาพร นามวงศ์พงษ์ และ น้ำอ้อย ภักดีวงษ์, 2560) อ่อนล้า เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ (Kucukvardar, Karadibak, Ozsoy, Atag Akyurek, & Yavuzsen, 2021) ส่งผลให้การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยลดลง และมีความวิตกกังวลในการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป (Magaji, Moy, Law, Sii, & Rostani, 2019) ดังนั้น การเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมนี้ จึงเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และช่วยให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Qedair, Al Qurashi, Alamoudi, Aga, & Hakami, 2022) จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านจิตใจ อารมณ์ และการมีอิสระในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ในขณะเดียวกัน กิจกรรมในโปรแกรมนี้ มีส่วนทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่จำเป็น ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และให้สามารถควบคุมและรับผิดชอบตนเองได้มากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Hess & Pohl, 2013) การที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาล ขณะรับยาเคมีบำบัดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลายประการ ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและผ่อนคลาย อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลต่อสุขภาพจิตและอารมณ์ และรู้สึกว่าจะสามารถมีชีวิตที่ใกล้เคียงปกติในช่วงเวลาที่ท้าทายของชีวิต รวมถึงความยืดหยุ่นในการดำเนินชีวิต สามารถกำหนดกิจวัตรประจำวันของตนเอง มีชีวิตความเป็นส่วนตัวมากกว่าโรงพยาบาล (Biswas, Faruque, Banik, Ahmad, & Mashrek, 2022; Orford et al., 2023) การรับยาเคมีบำบัดที่บ้านยังช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ แม้โรงพยาบาลจะมีมาตรฐานการรักษาความสะอาดที่เข้มงวด แต่ก็ยังเป็นความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันลดลง การรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน ช่วยทำให้ผู้ป่วยลดการสัมผัสกับการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เพิ่มความปลอดภัยมากขึ้น (Roug et al., 2023) นอกจากนี้การให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน เน้นความสำคัญของการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการ และความชอบของผู้ป่วยแต่ละคน และให้ความสำคัญไม่เพียงแต่ปัจจัยทางกายภาพ แต่ยังรวมถึงปัจจัยทางจิตใจและสังคมที่มีส่วนร่วมในคุณภาพชีวิตโดยรวมอีกด้วย

โปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีทักษะในการจัดการสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ว่าการดูแลตนเองเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วย และอาการข้างเคียงจากยาได้ดี นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีตามไปด้วย ผู้ป่วยได้รับการถ่ายทอดความรู้ และส่งเสริมให้เกิดทักษะ ประสิทธิภาพของการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน การจัดการกับอาการ การตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะรับยา การให้ยาและการจัดการอุปกรณ์ด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางจิตใจเพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้ และสามารถสะท้อนออกมาทางพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม การรับยาเคมีบำบัดที่บ้านช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำให้สามารถปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำของทีมนักวิชาชีพได้ง่ายขึ้น เช่น พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้อื่น การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

การชำระอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาดและเช็ดให้แห้งหลังการขับถ่าย และการรับประทานอาหารสะอาด ปรงสุกใหม่ จึงทำให้มีคะแนนสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอีวานส์และคณะ (Evans et al, 2016) ซึ่งระบุว่า การรับยาเคมีบำบัดเป็นการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการทำงานเป็นทีม มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นอิสระและมั่นใจในตนเอง คำนึงถึงความปลอดภัย การสื่อสาร และการบริหารจัดการของทีมสุขภาพ ทำให้การเปลี่ยนผ่านและเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย สำหรับการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยสรุป การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้าร่วมโปรแกรมเตรียมการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามโรเจอร์และคณะ (Rogers, Pesata, Lee, Zhao, Krieger, & Daily, 2021) ให้ข้อมูลว่า จากการสัมภาษณ์พยาบาลด้านโรคมะเร็ง พบว่า โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการรับยาเคมีบำบัดที่มักใช้ในทางปฏิบัติ ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับมักเป็นไปตามแนวปฏิบัติของหน่วยบริการ เช่น การวินิจฉัย การรักษา สูตรยาที่ได้รับ และการมาตามนัด แต่ยังไม่ครอบคลุมความรู้ที่มีมาตรฐานและทันสมัยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ ในการด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล และเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนในจัดโปรแกรมเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยในการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน ซึ่งเป็นอีกหนึ่งทางเลือกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและปลอดภัย

2. ควรมีการจัดการเรียนการสอนในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน แก่พยาบาลวิชาชีพ หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการเป็นการศึกษาในกลุ่มเดียว ไม่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จึงควรมีการออกแบบการวิจัยที่มีการควบคุมตัวแปรอื่นที่อาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมและคุณภาพชีวิต

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความพึงพอใจ ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและผู้ดูแล และค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบได้บ่อยในเพศชาย จึงทำให้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง จึงควรมีการออกแบบการวิจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองเพศใกล้เคียงกัน

4. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมนี้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่น เช่น โรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ซึ่งมีการใช้สูตรยาเคมีบำบัดและการบริหารยา 5-FU ที่คล้ายคลึงกัน

เอกสารอ้างอิง

- ดลสุข พงษ์นิกร, กาญจนา ดาวประเสริฐ, บุรินทร์ วงศ์แก้ว, ศิริยา แสงคำ, มนฐิตินันท์ ประดิษฐ์ค่าย และ รวิสรา มีมาก. (2563). แนวโน้ม อุบัติการณ์และอัตราการตายโรคมะเร็งในภาคเหนือของประเทศไทย พ.ศ. 2536-2560: ผลของการพัฒนาเครือข่ายทะเบียนมะเร็งระดับประชากร. เข้าถึงได้จาก https://www2.lpch.go.th/canreg/index.php/cancer/data_read/1846
- ปถมารณ ตั้งธีระคุณ. (2562). การเตรียมยาโดยใช้ elastomeric pump สำหรับบริหารยาเคมีบำบัดที่บ้าน. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 29(2), 153-165.
- ปิยาภรณ์ อินทผลัญ และ กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย*, 13(2), 98-113.
- พรพิมล เลิศพานิช, อำภาพร นามวงศ์พงษ์ และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2560). ประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนสุตา สยามบรมราชกุมารี*, 6(1), 45-55.
- ภิญโญ อุทธิยา, นิชฌิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์, สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และ นพกาญจน์ วรรณกิจโสภณ. (2562). บทบาทของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 25(2), 119-129.
- วารุณี มีเจริญ, จิตติกานต์ กาลเทศ และ กัลยา นุตระ. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและญาติผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 52-61.
- Biswas., J., Faruque., M., Banik., P. C., Ahmad., N., & Mashrek., S. R. (2022). Quality of life of the cancer patients receiving home-based palliative care in Dhaka city of Bangladesh. *PLOS ONE*, 17(7), e0268578. doi: 10.1371/journal.pone.0268578
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424. doi: 10.3322/caac.21492
- Corbett, M., Heirs, M., Rose, M., Smith, A., Stirk, L., Richardson, G., ... Eastwood, A. (2015). The delivery of chemotherapy at home: an evidence synthesis. *Health Services and Delivery Research*, 3(14), 1-182. doi: 10.3310/hsdr03140
- Dung, P. T., Lan, N. T. P., Khanh, P. P., & Chinh, N. D. (2021). Quality of life of patients with permanent colostomy after the miles operation for low rectal cancer at Vietnam National Cancer Hospital, Hanoi. *The Thai Journal of Surgery*, 42(2), 49-53.
- Evans, J. M., Qiu, M., MacKinnon, M., Green, E., Peterson, K., & Kaizer, L. (2016). A multi-method review of home-based chemotherapy. *European Journal of Cancer Care*, 25(5), 883-902. doi:10.1111/ecc.12408

- Hess, L. M., & Pohl, G. (2013). Perspectives of quality care in cancer treatment: A review of the literature. *American Health & Drug Benefits*, 6(6), 321-329.
- Hirschman, K. B., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M. V., & Naylor, M. D. (2015). Continuity of care: the Transitional care model. *Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3). doi: 10.3912/ojin.vol20no03man01
- Kucukvardar, D., Karadibak, D., Ozsoy, I., Atag Akyurek, E., & Yavuzsen, T. (2021). Factors influencing physical activity in patients with colorectal cancer. *Irish Journal of Medical Science*, 190(2), 539-546. doi:10.1007/s11845-020-02338-9
- Magaji, B., Moy, F., Law, C., Sii, H., & Roslani, A. (2019). Pattern of health-related quality of life and its association among patients with colorectal cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Care*, 4(2), 45-52. doi: 10.31557/apjcc.2019.4.2.45-52
- Moraliyage, H., De Silva, D., Ranasinghe, W., Adikari, A., Alahakoon, D., Prasad, R., ... Bolton, D. (2021). Cancer in lockdown: Impact of the COVID-19 pandemic on patients with cancer. *Oncologist*, 26(2), e342-e344. doi: 10.1002/onco.13604
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Orford, R., Slater, P., Spencer, B., Giarola, T., Nicholls, W., Walker, R., ... Bradford, N. (2023). One hundred times better, at home in our own beds: Implementation of home intravenous hydration after chemotherapy in children with cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*, 40(4), 265-276. doi: 10.1177/27527530221147880
- Qedair, J. T., Al Qurashi, A. A., Alamoudi, S., Aga, S. S., & Hakami, A. (2022). Assessment of quality of life (qol) of colorectal cancer patients using QLQ-30 and QLQ-CR 29 at King Abdulaziz Medical City, Jeddah, Saudi Arabia. *International Journal of Surgical Oncology*, 2022, 1-8. doi: 10.1155/2022/4745631
- Ratanatharathorn, V., Sirilerttrakul, S., Jirajarus, M., Silpakit, C., Maneechavakajorn, J., Sailimai, P., ... Sirisinha, T. (2001). Quality of life, functional assessment of cancer therapy general. *Journal of the Medicine Association of Thailand*, 84(10): 1430-1442.
- Rogers, B., Pesata, B., Lee, J. H., Zhao, J., Krieger, J., & Daily, K. (2021). Chemotherapy education: Current practices of oncology nurses counseling patients. *Support Care Cancer*, 29(12), 7323-7328. doi:10.1007/s00520-021-06308-4
- Roug, L. I., Topperzer, M. K., Michelsen, R. T., Jarden, M., Wahlberg, A., Hjalgrim, L. L., ... Hansson, H. (2023). Development of an intravenous chemotherapy intervention for children and adolescents with cancer administered by their parents at home (INTACTatHome). *BMC Health Services Research*, 23(1), 664. doi: 10.1186/s12913-023-09613-2

- Srithumsuk, W., & Wangnum, K. (2021). "New Normal" home chemotherapy in Thailand: How the challenging roles of nurses are changing? *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(3), 340-343. doi: 10.4103/apjon.apjon_54_20
- Swiatkowski, F., Górnicki, T., Budys, K., & Chabowski, M. (2022). The quality of life of patients with surgically treated colorectal cancer: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(20), 6211. doi: 10.3390/jcm11206211
- Turon, H., Hobden, B., Fakes, K., Clapham, M., Proietto, A., & Sanson-Fisher, R. (2022). Preparation for cancer treatment: A cross-sectional study examining patient self-reported experiences and correlates. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16). doi: 10.3390/ijerph191610167
- Wu, M. P., Tsao, L. I., Huang, S. J., & Liu, C. Y. (2021). Development of the readiness for home-based palliative care scale (RHBPCS) for primary family caregivers. *Healthcare*, 9(5). doi:10.3390/healthcare9050608

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

วรัญญากรณ์ โนใจ, ส.ม.¹ หทัยรัตน์ บรรณากิจ, ศษ.ม.¹ เฉลิมพล กำใจ, พย.ม.¹

อัมพร ยานะ, พย.ม.¹ เอกพันธ์ คำภีระ, พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 42 คน เครื่องมือที่ใช้ทดลองคือ โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 3) แบบบันทึกความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติทีคู่ และสถิติทีอิสระ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตโดยรวมต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว และดัชนีมวลกายทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง, ความดันโลหิต, ดัชนีมวลกาย

วันที่รับ: 22 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไข: 26 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 28 ธันวาคม 2566

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: aekkaphan.k@bcnpy.ac.th

The effect of health literacy enhancing program on health literacy, hypertensive prevention behaviors, blood pressure and body mass index among pre-hypertension in the community

Warunyakon Nojai, M.P.H.¹ Hatairat Bunnakit, M.Ed.¹ Chalermpon Kajai, M.N.S.¹

Amphorn Yana, M.N.S.¹ Aekkaphan Khampeera, M.N.S.^{1*}

Abstract

Individuals at risk for high blood pressure should be encouraged to develop adequate health literacy to prevent hypertension in the future. The two-group quasi-experimental pretest-posttest design aimed to examine the effectiveness of health literacy enhancing program among pre-hypertension in the community. The samples consisted of 84 persons with pre-hypertension, assigned into experimental and control groups with 42 persons in each group. The experimental instruments consisted of a health literacy enhancing program for pre-hypertension. The data collection instruments comprised 1) demographic questionnaires, 2) a health literacy and health behaviors form (3E 2S), and 3) a blood pressure and body mass index record form. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, paired t-test, and independent t-test. The results revealed that the mean scores of health literacy and health behaviors for the experimental group were statistically significantly higher than before enrolling in the program and higher compared to the control group. Furthermore, the mean score of systolic blood pressure (SBP) and blood pressure levels were statistically significantly lower than before enrolling in the program and in comparison, to the control group. However, the comparison between the mean score of diastolic blood pressure (DBP) and body mass index (BMI) among both groups revealed no significant difference. Our findings suggest that enhancing the health literacy program (3E 2S) could be applied as an effective strategy for improving health outcomes in individuals with pre-hypertension.

Keywords: Health literacy, Pre-hypertensive groups, Hypertension preventive behaviors, Blood pressure, Body mass index

Received: Oct 22, 2023 Revised: Oct 26, 2023 Accepted: Dec 28, 2023

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

* Corresponding author, E-mail: aekkaphan.k@bcnpy.ac.th

บทนำ

ความดันโลหิตสูง (hypertension) คือ โรคหรือพยาธิสภาพที่เกิดจากการวัดความดันโลหิตแล้ว พบว่า มีความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 mmHg ขึ้นไปร่วมกับตรวจ พบว่า มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแม้จะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ “เกือบสูง” (High normal blood pressure) และยังไม่แสดงอาการใด ๆ ก็ตาม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หัวใจวาย (heart attack) หัวใจล้มเหลว (heart failure) ความเสียหายของไต (kidney damage) และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ รายงานขององค์การอนามัยโลกพบ 1 ใน 3 ของ วัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่ง 4 ใน 5 ของผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เพียงพอ และในทุก ๆ 1 ชั่วโมง มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจวายมากกว่า 1,000 คน จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากจำนวน 650 ล้านคนในปี พ.ศ.2533 เพิ่มขึ้นเป็น 1.3 ล้านคน หรือเพิ่มเป็นสองเท่าในปี พ.ศ.2562 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ.2568 (World Health Organization: WHO, 2023a)

โดยกลุ่มบุคคลที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure: SBP) ที่สูงขึ้น 10 mmHg มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) และโรคหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) ร้อยละ 30 ถึงแม้จะมีความดันโลหิตในช่วง 120-80 mmHg หรือเรียกว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (prehypertension) ระยะที่ 1 หรือกลุ่มปกติ (normal) (Lacey, et al., 2018; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ทั้งนี้มีประชากรที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวทั่วโลกที่อายุต่ำกว่า 44 ปี มีอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.5 ถึง 77.1 ซึ่งกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษามีโอกาสพัฒนาไปสู่โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disorder: CHD) และโรคไต (Jun, & Yali, 2020) จากการศึกษาติดตามในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ถึง 64 ปี ระยะเวลา 2 ถึง 4 ปี พบว่า เพิ่มความเสี่ยงการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8 ถึง 20 ต่อปี และเมื่อมีอายุ 65 ปี กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42 จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสูงกว่ากลุ่มความดันโลหิตปกติที่มีเพียง ร้อยละ 27 ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Egan & Stevens-Fabry, 2015) ในประเทศไทยมีการสำรวจภาวะสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ปี 2562-2563 ในประชากรไทยที่อายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 13 ล้านคน ในจำนวนนี้ 7 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (วิชัย เอกพลากร, 2564) องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ การลดความชุกของความดันโลหิตสูงลงร้อยละ 33 ระหว่างปี พ.ศ.2553 ถึง พ.ศ.2573 (WHO, 2023b) สาเหตุหลักสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง คือ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การรับประทานหวานและเค็มมากเกินไป การออกกำลังกายไม่เพียงพอหรือไม่ออกกำลังกาย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2561) ทั้งนี้การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ด้นนั้นบุคคลควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม โดยรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ลดการบริโภคเค็ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยิ่งย่นคือความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Liu, Liu, Li, & Chen, 2015)

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) ได้ถูกกำหนดให้เป็น 1 ใน 3 เสาหลักเพื่อส่งเสริมและขับเคลื่อนความเท่าเทียมในปัญญาเชิงสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพในวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ.2573 ความรู้ด้านสุขภาพคือ ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงที่อยู่เสมอ ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะยอมรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถปกป้องตนเอง ครอบคลุม และชุมชนจากสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ (Platform, 2022) ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดโรคอ้วน น้ำหนักเกิน และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ การมีโรคเรื้อรัง ดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ที่เพิ่มขึ้น น้ำหนักเกิน ภาวะอ้วนลงพุง และโรคอ้วน (Islam, Nasrin, Jaber, & Hossain, 2022) สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจ พบว่า ร้อยละ 59.4 ของประชากรไทยทั้งหมดมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์) การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกกำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) โดยมีเป้าหมายให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยเพิ่มขึ้น (ระดับดีมากเพิ่มขึ้น ร้อยละ 25) กรมอนามัยได้จดทะเบียนจัดตั้งสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย และผลักดันเข้าสู่แผนพัฒนาประเทศที่สำคัญ ๆ ได้แก่ แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ยุทธศาสตร์ชาติด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ สุขภาพ ครั้งที่ 11-12 และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่ 13 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Mourouti, Michou, & Costarelli (2022) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น การใช้ยารักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นจำนวนมาก เช่น การศึกษาของ รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ชื่นตระกูล และ ศศิธร รุจนเวช (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กฤตภณ เทพอินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์ และ นภาพิณ จันทขัมมา (2562) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความดันเลือดแดงเฉลี่ยมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีการศึกษาของ ศิริณา วรรณประเสริฐ, สุทธิพร มูลศาสตร์ และ นภาพิณ จันทขัมมา (2562) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าดัชนีมวลกายและความดันเลือดแดงเฉลี่ยมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ อติญาณ ศรีเกษตรริน, จินตนา ทองเพชร และ อารยา ศรีวงศ์ชา (2565) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ค่าน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชน หมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 59 ปี จำนวน 137 คน ระหว่างวันที่ 5 ถึง 10 พฤษภาคม 2565 พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 101 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.72 การป้องกันไม่ให้เกิดกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพัฒนาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยลดความสูญเสียจากโรคความดันโลหิตสูง ลดภาวะของโรคหัวใจเรื้อรัง ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งการลดความสูญเสียอย่างยั่งยืนได้นั้นต้องมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น แนวทางสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ คือ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และนำเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุศึกษาใช้ในการประเมินครั้งนี้ โดยเชื่อว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถปฏิบัติตามแนวทางความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. แล้วจะทำให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นจนสามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

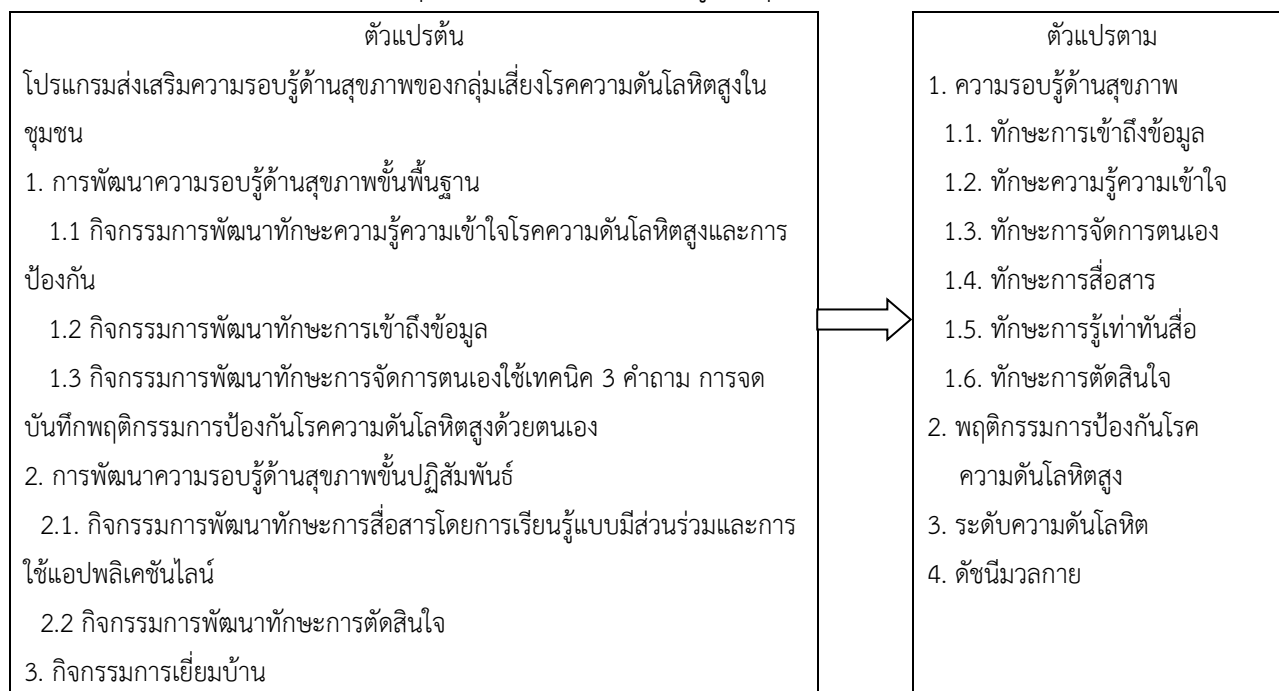
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008)



ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (pretest-posttest control groups design)

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 (stage 1 hypertension) ที่มี SBP อยู่ระหว่าง 120 ถึง 139 mmHg และ/หรือ DBP อยู่ระหว่าง 80 ถึง 89 mmHg มีอายุ 15 ถึง 59 ปี จำนวน 101 คน อาศัยในตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มี SBP อยู่ระหว่าง 120 ถึง 139 mmHg และ/หรือ DBP อยู่ระหว่าง 80 ถึง 89 mmHg ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุ 15 ถึง 59 ปี อาศัยในตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis (G*Power 3.1.9.2) อ้างอิงจากการวิจัยของ อติญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ (2565) กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.58 อำนาจการทำนายเท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 38 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 42 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (simple random sampling) จำนวน 2 หมู่บ้าน จาก 18 หมู่บ้านของตำบลบ้านต้อม จากนั้นสุ่มอย่างง่าย ให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับฉลาก และเพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระดับความดันโลหิต และ ดัชนีมวลกาย ด้วยวิธีการจับคู่เป็นรายบุคคล (individual matching) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ (1) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ (2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูง (4) ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไต และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ (1) อาศัยในพื้นที่

ไม่ครบ 12 สัปดาห์ (2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด และ (3) มีการเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้หรือย้ายออกจากหมู่บ้านระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา หมายเลขการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ REC 005/66 วันที่รับรอง 15 กุมภาพันธ์ 2566 ก่อนการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นและอันตรายที่อาจได้รับการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมไปถึงสิทธิของผู้ร่วมวิจัยที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะมีการเก็บไว้เป็นความลับในที่ปลอดภัย การเปิดเผยข้อมูลเป็นลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น ซึ่งภายหลังจากอธิบายผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ และในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-18 ปี จะต้องได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครองตามกฎหมาย

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ

1.2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยนำมาจากเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุศึกษา (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุศึกษา, 2561) ประกอบด้วยแบบประเมิน 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบจากตัวเลือก 4 ข้อที่ถูกต้องที่สุด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีเกณฑ์ประเมินความรู้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับมีความรู้ไม่ถูกต้อง คะแนนเต็มทั้งหมด 6 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ ตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ การสื่อสารสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ การจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ และการรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 2 ข้อ ลักษณะการตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติทุกครั้งได้ 5 คะแนน คะแนนเต็มทั้งหมด 50 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบจากตัวเลือก 4 ข้อที่ถูกต้องที่สุด ตอบถูกได้ 4 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็มสูงสุด 12 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 6 ข้อ 5 ตัวเลือก โดยให้เลือกตอบตามความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน จนถึง ปฏิบัติทุกครั้งได้ 5 คะแนน คะแนนเต็มทั้งหมด 30 คะแนน

การแปลผลคะแนนเครื่องมือแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1-3 มีคะแนนเต็ม 68 คะแนน แปลผลเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส. ระดับไม่ดี มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-40.79 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม จนถึง เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตาม 3อ. 2ส. ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย ระดับดีมาก มีช่วงคะแนน ตั้งแต่ 54.40-68 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ส่วนที่ 4 มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน แปลผลเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ มีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ไม่ถูกต้อง อยู่ในระดับไม่ดี คือ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-17.99 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม จนถึง มีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ระดับดีมาก มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 24.00-30 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดสอบใช้ในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในตำบลใกล้เคียง จำนวน 40 ราย และนำมาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ (1) แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. มีค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Kuder-Richardson 20: KR-20) เท่ากับ .70 (2) แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ. 2ส. มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .80 (3) แบบประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตามหลัก 3อ. 2ส. มีค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ KR-20 เท่ากับ .78 และ (4) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) โดยเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน และความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฎิสัมพันธ์ ประกอบด้วยการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (2) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (3) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (4) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (5) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง และ (6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 2.ส (งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา) ในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสำหรับวัยทำงาน ที่พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา, 2561) และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติชุมชนและความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมและรายละเอียดของโปรแกรม และนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2.2 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (Automatic blood pressure monitor) ยี่ห้อ Omron รุ่น HBP-1320 มีเอกสารรับรองการผ่านการทดสอบค่าความดันโลหิตตามมาตรฐาน IEC60601-1:1988+A1:1991+A2:1995, Medical electrical equipment-part 1 และได้รับการตรวจสอบปีละ 1 ครั้ง ใช้เครื่องเดียวกันตลอดการทดลอง วิธีการวัดความดันโลหิตคือ ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักเป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาทีก่อนวัด นั่งหลังพิงพนักเก้าอี้ เท้าวางพื้น แขนวางบนโต๊ะ ระดับตำแหน่งต้นแขนที่วัดความดันโลหิตอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ

2.3 เครื่องชั่งน้ำหนัก Omron รุ่น HBF-702T ได้รับการตรวจสอบปีละ 1 ครั้ง

2.4 การประเมินส่วนสูงใช้ข้อมูลอ้างอิงความสูงจากสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

2.5 แบบบันทึกระดับความดันโลหิต น้ำหนัก และดัชนีมวลกาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้จัดอบรมทีมผู้วิจัยจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปฏิบัติงานในภาควิชาการพยาบาลครอบครัว ชุมชน และจิตเวช โดยใช้คู่มือโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ระยะเวลา 1 วัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Pearson's Chi-Square test และ Fisher's exact test ตามลักษณะข้อมูล

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อน-หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ paired sample t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย จำนวนเท่ากันมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 59.52 อายุเฉลี่ย 50.07 ปี ($SD=7.22$) และ 49.97 ปี ($SD=7.00$) ตามลำดับ มีสถานภาพคู่ ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 47.62 และ 52.38 ตามลำดับ มีการศึกษาชั้นประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 52.38 และ 47.62 ตามลำดับ มากกว่าครึ่ง มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 64.30 และ 54.77 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิต SBP อยู่ในระดับสูง (high normal=130-139 mmHg) ร้อยละ 80.95 และ 88.10 ตามลำดับ และค่าความดันโลหิต DBP อยู่ในระดับสูง (high normal=80-89 mmHg) จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 47.62 และมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักปกติเท่ากันทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 38.10 และเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง ($n=42$) และกลุ่มควบคุม ($n=42$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2 <i>p</i> -value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
เพศ			1.000 ^a
ชาย	25 (59.52)	25 (59.52)	
หญิง	17 (40.48)	17 (40.48)	
อายุ			.577 ^b
26-36 ปี	1 (2.38)	2 (4.76)	
37-47 ปี	9 (21.42)	9 (21.42)	
48-59 ปี	32 (76.20)	31 (73.82)	
อายุเฉลี่ย (SD)	50.07 (7.22)	49.97 (7.00)	
สถานภาพสมรส			.308 ^a
โสด	18 (42.86)	15 (35.71)	
สมรส/คู่	20 (47.62)	22 (52.38)	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
หม้าย/หย่า/แยก	4 (9.52)	5 (11.91)	.924 ^a
การศึกษา			
ประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน	22 (52.38)	20 (47.62)	
มัธยมศึกษา/ปวช.	12 (28.57)	14 (33.33)	
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป	8 (19.05)	8 (19.05)	.701 ^a
อาชีพ			
เกษตรกร	27 (64.30)	23 (54.78)	
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	5 (11.90)	9 (21.42)	
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน	5 (11.90)	5 (11.90)	
นักเรียน/นักศึกษา/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (11.90)	5 (11.90)	.623 ^b
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP)			
Optimal	1 (2.38)	1 (2.38)	
Normal	7 (16.67)	4 (9.52)	
High normal	34 (80.95)	37 (88.10)	.828 ^b
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP)			
Optimal	10 (23.80)	7 (16.60)	
Normal	11 (26.20)	14 (33.34)	
High normal	20 (47.62)	20 (47.62)	
Hypertension ระดับ 1	1 (2.38)	1 (2.38)	.890 ^b
ดัชนีมวลกาย (BMI)			
น้ำหนักน้อย	2 (4.76)	2 (4.76)	
น้ำหนักปกติ	16 (38.10)	16 (38.10)	
Pre-obese	13 (30.95)	12 (28.60)	
อ้วนระดับ 1	11 (26.19)	12 (28.60)	

b= Fisher's Exact test, a = Pearson's Chi-square's test

2. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนค่าเฉลี่ยระดับ SBP และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ส่วนค่าเฉลี่ย DBP และ BMI ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=42)		กลุ่มควบคุม (n=42)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความรู้ด้านสุขภาพ						
ก่อนทดลอง	42.83	6.98	42.86	7.00	-.02	.988
หลังทดลอง	58.38	4.46	43.55	6.67	11.97	.000*
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนทดลอง	16.54	3.93	16.04	3.13	.65	.521
หลังทดลอง	18.76	3.98	15.97	2.88	3.67	.000*
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP)						
ก่อนทดลอง	134.38	7.31	135.24	6.43	-.57	.570
หลังทดลอง	127.97	6.16	134.64	7.24	-4.54	.000*
ระดับความดันโลหิตหัวใจคลายตัว (DBP)						
ก่อนทดลอง	82.93	6.96	83.48	6.51	-.37	.711
หลังทดลอง	81.78	5.01	83.64	6.11	-1.52	.132
ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตโดยรวม						
ก่อนทดลอง	100.06	5.52	100.75	5.08	-.59	.554
หลังทดลอง	97.05	4.19	100.65	5.03	-3.56	.001*
ดัชนีมวลกาย (BMI)						
ก่อนทดลอง	23.40	3.03	23.35	3.02	.09	.930
หลังทดลอง	22.74	2.87	23.59	3.22	-1.27	.207

* $p < .01$

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมีค่าเฉลี่ย SBP และ DBP ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตโดยรวม และ BMI ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=42)		หลังทดลอง (n=42)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	42.83	6.98	58.38	4.46	-13.12	.000*
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	16.54	3.93	18.76	3.98	-3.26	.002*
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP)	134.38	7.31	127.97	6.16	10.59	.000*

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=42)		หลังทดลอง (n=42)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ระดับความดันโลหิตหัวใจคลายตัว (DBP)	82.93	6.96	81.78	5.01	2.05	.047**
ความดันเฉลี่ย (MAP)	100.06	5.52	97.05	4.19	6.86	.000*
ดัชนีมวลกาย (BMI)	23.40	3.03	22.74	2.88	8.27	.000*

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

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

1. ภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และติดตามอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ของการทดลอง โดยสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 6 ทักษะที่สำคัญ คือการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ โดยจัดกิจกรรมเป็น 5 ฐานการเรียนรู้ มีสมาชิก 8-9 คน ทีมผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงประจำฐาน ได้ให้สมาชิกทุกคนลงมือปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม คอยให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นอย่างใกล้ชิด จนสามารถปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองได้สืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง พิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูล วางแผนการปฏิบัติเรื่องการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับตนเอง จากนั้นทีมวิจัยได้ดำเนินกิจกรรมติดตามกระตุ้นให้ปฏิบัติตามแผน และสร้างความมั่นใจด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การติดตามอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สามารถสืบค้นข้อมูลที่เชื่อถือได้ และสามารถวางแผนการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองได้ ส่งผลให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินตามกรอบแนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่สถาบันวิชาการ และนักวิจัย ได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาและใช้ในการประเมินทั้งในระดับบุคคลและระดับประเทศ ประกอบด้วย การเข้าถึง (access) เข้าใจ (understand) ตัดสินใจ (make decision) และนำไปใช้ (apply) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุศึกษา, 2561) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา อาระห์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และกฤษฎณา เทพอินทร์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง ศิริวรรณ ชูกำเนิด, อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง และ นายนันต์ เตชะวนิช, (2565) ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และการยึดมั่นในพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยึดมั่นในพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย SBP และ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าค่าเฉลี่ย DBP เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากสาเหตุหลักสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงคือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การกินเค็มมากเกินไป เกิดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เพราะรสเค็มทำให้ร่างกายกักเก็บน้ำมากขึ้น จึงทำให้เลือดในร่างกายไหลเวียนช้า ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจและไตทำงานหนักมากขึ้น รวมทั้งการออกกำลังกายไม่เพียงพอหรือไม่ออกกำลังกายเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วนและโรคเมตาบอลิก เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นการเพิ่มปริมาณเลือดช่วยให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นดี ทำให้คอเลสเตอรอลซึ่งเป็นไขมันที่จะไปเกาะตามผนังหลอดเลือดมีการอุดตันลดลง ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน วันละอย่างน้อย 30 นาที จะช่วยป้องกันโรคหัวใจทำให้ความดันโลหิตลดลง ช่วยลดน้ำหนักตัวและลดรอบเอว นอกจากนั้นการออกกำลังกายทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น ช่วยลดความเครียด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2561) ผลจากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองได้มองเห็นความสำคัญของการควบคุมระดับความดันโลหิต ตัดสินใจเลือกวางแผนควบคุมอาหารและออกกำลังกายด้วยตนเอง ดังนั้นเมื่อกลุ่มทดลองควบคุมอาหารลดการบริโภคอาหารเค็มจัด และมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงตามกลไกการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยระยะแรกของความดันโลหิตสูงเริ่มจากหลอดเลือดไตหดตัว (renal vasoconstriction) จากการกระตุ้น renal sympathetic nerves, renin angiotensin aldosterone system (RAAS), oxidative stress และ endothelin-1 เพิ่มขึ้นภายในไต และลดการสร้าง nitric oxide (NO) ภายในหลอดเลือดไตทำให้ภาวะ endothelial cell dysfunction มากขึ้น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงแบบ salt resistant และ renin dependent โดยที่การทำงานของไตปกติ ระยะต่อมาเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดภายในไต (renal arteriosclerosis) การอักเสบของท่อไต (tubulointerstitial inflammation) และการขาดเลือดของท่อไต (ischemic tubular injury) ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงแบบ salt-sensitive, volume-dependent และ renal-dependent pathway (บัญชา สติระพจน์, 2563) ทั้งนี้ผู้ที่ไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายมักจะมีอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นในการหดตัวแต่ละครั้ง ดังนั้นการออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้ ค่าความต้านทานการไหลของเลือด (total peripheral resistance) ลดลง การออกกำลังกายทำให้ระดับโปรตีนแอนโดธีลิน (endothelin) ซึ่งเป็นโปรตีนที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวลดลง และในทางกลับกันจะส่งผลให้ระดับของ NO ที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัวเพิ่มขึ้น จึงทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุไว้ว่า SBP ที่ลดลง 10 mmHg หรือ DBP ลดลง 5 mmHg สามารถลดการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ถึง ร้อยละ 20 รวมถึงลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 40 และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 35 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Han, Delva, Greeno, Negoita, Cajita, & Will (2018) ที่ศึกษาการวิจัยและการปฏิบัติด้านความรู้ด้านสุขภาพสำหรับชาวละตินที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้สูงขึ้นมีค่าเฉลี่ย SBP และ DBP ลดลง กลุ่มทดลอง 10 ใน 11 คนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wannasirikul, Termsirikulchai, Sujirarat, Benjakul, & Tanasugarn (2016) ที่ศึกษา

เกี่ยวกับการยึดมั่นในการใช้ยาให้ความรู้ด้านสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับ SBP และ DBP ที่ลดลง และ อดิญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ (2565) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูง ค่าน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิต พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมี SBP ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ DBP ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

3. ภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ BMI ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะเมื่อกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและวิธีการควบคุม จึงได้วางแผนและดำเนินการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อนส่งผลให้น้ำหนักลดลง และทำให้ BMI ลดลงได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมทางโภชนาการ การออกกำลังกายที่ลดลง ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม ดังนั้นการลดลงของ BMI จึงมีตัวแปรอื่นที่มีอิทธิพลต่อดัชนีมวลกายทางตรงมากกว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและค่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กัน ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการดำเนินการระยะเวลา 12 สัปดาห์ อาจจะยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวเท่าที่ควรหากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตั้งใจที่จะลดน้ำหนักอย่างเต็มที่ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีอาการใดๆ ปรากฏ ประกอบกับก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในระดับน้ำหนักปกติ มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และมีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่จึงมีความจำเป็นต้องใช้แรงในการทำงานในแต่ละวัน ดังนั้นการลดน้ำหนักให้ผอมลงมากกว่าเดิมจึงมีความจำเป็นน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Zare-Zardiny, Abazari, Zakeri, Dastras, & Farokhzadian (2021) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักเรียนมัธยมปลาย พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ นิรชร ชูติพัฒนะ, อิศกดิ์ ศรีพิทักษ์ และ อิสระ ทองสามสี (2563) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในนักเรียนวัยรุ่น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำและน้ำหนักตัวส่วนเกินของ Michou, Panagiotakos, & Costarelli (2018) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น น้ำหนักเกิน โรคอ้วน โดยเฉพาะในเด็ก และมีความเสี่ยงสูงต่อการขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการที่ไม่ดีในผู้สูงอายุ อังคินันท์ อินทรกำแหง, Ann Macaskill และ Sheffield Hallam (2562) ศึกษาการประเมินและการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุทางวัฒนธรรมของพฤติกรรมสุขภาพและโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ และศิริภา วรรณประเสริฐ และคณะ (2562) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน พบว่า กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับ ประภาศรี ภูมิถาวร, นางพิมล นิมิตรอนันท์

และ ศศิธร รุจนเวช (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายลดลง ร้อยละ 63.89 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าดัชนีมวลกายลดลงร้อยละ 19.44

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. สามารถส่งเสริมให้ประชาชนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถปรับไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เพื่อปรับใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยเฉพาะกลุ่มโรคอ้วนลงพุงหรือกลุ่มไขมันในเลือดสูง ในวัยทำงาน โดยพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้สามารถวัดผลลัพธ์การวิจัยที่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. (2561). *โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 2 อ.(อาหาร ออกกำลังกาย) ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับวัยทำงาน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤตภณ เทพอินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์ และนภาพิณ จันทขัมมา. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์*, 11(1), 197-212.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- นิรชร ชูติพัฒนะ, ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์ และ อิสระ ทองสามสี. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 15(2). 98-105.
- บัญชา สติระพจน์, 2563. Hypertension and Kidney. เข้าถึงได้จาก <https://cimjournal.com/nephro-conference/hypertension-and-kidney/>

- ประภาศรี ภูมิถาวร, นางพิมล นิมิตรอนันต์ และ ศศิธร รุจนเวช. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพสำหรับนักเรียนระดับ ประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 42(2), 169-178.
- รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ชื่นตระกูล และ ศศิธร รุจนเวช. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด นครปฐม. *วารสารแพทย์นาวิ*, 45(3), 509-526.
- วิชัย เอกพลการ. (บก.). (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- ศิริรณภา วรรณประเสริฐ, สุทธิพร มูลศาสตร์ และ นภาพัณญ์ จันทขัมมา. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และ การศึกษา*, 20(2), 92-158.
- ศิริวรรณ ชูกำเนต, อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง และ นายนันต์ เตชะวนิช. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และการยึดมั่นในพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยการพยาบาล และสุขภาพ*, 23(2), 55-70.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่: ทรिक์ ดิจิทัล.
- อติญาณ์ ศรีเกษตริน, จินตนา ทองเพชร และ อารยา ศรีวงศ์ษา. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูง ค่า น้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(1), 333-343.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง, Ann Macaskill และ Sheffield Hallam. (2562). *การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุทางวัฒนธรรมของ พฤติกรรมสุขภาพและโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ* (รายงานวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)
- Egan, B. M., & Stevens-Fabry, S. (2015). Prehypertension—prevalence, health risks, and management strategies. *Nature Reviews Cardiology*, 12(5), 289-300. doi: 10.1038/nrcardio.2015.17.
- Han, H. R., Delva, S., Greeno, R. V., Negoita, S., Cajita, M., & Will, W. (2018). A health literacy-focused intervention for Latinos with hypertension. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 2(1), e21-e25. doi: 10.3928/24748307-20180108-02
- Islam, M. K., Nasrin, N., Jaber, A., & Hossain, M. T. (2022). Association between health literacy and BMI: a cross-sectional study of suburban adult population in Bangladesh. *Journal of Population and Social Studies [JPSS]*, 30, 288-308. doi: 10.25133/JPSSv302022.018
- Jun, M., & Yali, X. (2020). The management of prehypertension in young adults. *Saudi Medical Journal*, 41(3), 223. doi: 10.15537/smj.2020.3.24998.

- Lacey, B., Lewington, S., Clarke, R., Kong, X. L., Chen, Y., Guo, Y., ... & Chen, L. (2018). Age-specific association between blood pressure and vascular and non-vascular chronic diseases in 0.5 million adults in China: a prospective cohort study. *The Lancet Global Health*, 6(6), e641-e649. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30217-1.
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8), 9714-9725.
- Michou, M., Panagiotakos, D. B., & Costarelli, V. (2018). Low health literacy and excess body weight: A systematic review. *Central European Journal of Public Health*, 26(3), 234-241. doi: 10.21101/cejph.a5172.
- Mourouti, N., Michou, M., & Costarelli, V. (2022). Health literacy in relation to health outcomes in hypertension: A systematic review. *Journal of Atherosclerosis Prevention and Treatment*, 13(3):109-118. doi:10.53590/japt.02.1040
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Platform, G. N. (2022). *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 4. Case studies from WHO National Health Literacy Demonstration Projects*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055391>
- Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S., & Tanasugarn, C. (2016). Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 47(1), 109.
- World Health Organization. (2023a). *Global report on hypertension: the race against a silent killer*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>
- World Health Organization. (2023b). *Hypertension*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Zare-Zardiny, M. R., Abazari, F., Zakeri, M. A., Dastras, M., & Farokhzadian, J. (2021). The association between body mass index and health literacy in high school Students: A cross-sectional study. *Journal of Education and Health Promotion*, 10, 431. doi: 10.4103/jehp.jehp_96_21

พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดเพชรบุรี

ชลธิชา หอสุวรรณานนท์, ป.พย.¹

ชุตินา เทียนชัยทัศน, ปร.ด.^{2*}

กนกกรณ อ่วมพราหมณ์, ปร.ด.²

เกศินี การสมพจน์, ศษ.ม.³

บทคัดย่อ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ทารกที่คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและปัญหาพัฒนาการทางระบบประสาทในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ 14-36 สัปดาห์ รับบริการที่สถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิในเขตจังหวัดเพชรบุรี โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน โรงพยาบาลละ 16-17 คน จาก 8 อำเภอ รวมจำนวน 134 คน เก็บรวบรวมข้อมูล เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2566 โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .87 และความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.98$, $SD=.43$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการรับมือกับต่อสู้อาการ ($\bar{X}=4.25$, $SD=.55$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านจัดการความเครียด ($\bar{X}=3.66$, $SD=.84$) จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ควรส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะด้านจัดการความเครียดซึ่งมีคะแนนต่ำที่สุด

คำสำคัญ หญิงตั้งครรภ์, พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด, ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

วันที่รับ: 16 พฤศจิกายน 2566 วันที่แก้ไข: 27 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 29 ธันวาคม 2566

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล Teanpun@gmail.com

³อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

The preterm birth preventive behaviors among pregnant women at risk of preterm birth in Phetchaburi Province

Chonticha Horsuwannanon, Dip in N.EQU BN.¹

Chutima Teanchaithut, Ph.D.^{2*}

Kanokporn Aumpram, Ph.D.²

Kesineee Kansompoj, M.Ed.³

Abstract

Preterm births occur before the 37th week of pregnancy. Prematurity is a leading cause of death and neurodevelopmental problems in children under 5 years of age. This cross-sectional descriptive research aimed to study preterm birth preventive behaviors among pregnant women at risk of preterm birth in Phetchaburi Province. The samples consisted of 134 pregnant women at risk of preterm birth with a gestational age of 14-36 weeks who received services at the secondary care facilities in Phetchaburi Province. The samples were chosen through multi-stage sampling, encompassing 16-17 individuals per hospital from eight districts. Data collection occurred from November to December 2023, utilizing a questionnaire on Preterm Birth Preventive Behaviors, which demonstrated a content validity index of .87 and a Cronbach's alpha coefficient of .90. Data were analyzed using descriptive statistics. The findings revealed that the overall mean score of preterm birth preventive behaviors of the sample was at a good level ($\bar{x}=3.98$, $SD=.43$). The highest mean score was shown in the domain of responsibility for health ($\bar{x}=4.25$, $SD=.55$), whereas stress management had the lowest mean score ($\bar{x}=3.66$, $SD=.84$). The study recommended the promotion of preterm birth preventive behaviors, with particular attention to stress management, which received the lowest score.

Keywords: Pregnant women, Preterm birth preventive behaviors, Risk of preterm birth

Received: Nov 16, 2023 Revised: Dec 27, 2023 Accepted: Dec 29, 2023

¹ Registered Nurse Professional, Kaeng Krachan Hospital, Phetchaburi Province

² Lecturer, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author, E-mail: Teanpun@gmail.com

³ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) หมายถึง การคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016) ในส่วนของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย ให้ความหมายว่า เป็นการคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย, 2566) ในประเทศไทย พบว่า อัตราหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2564 2565 และ 2566 เป็นร้อยละ 12.47 11.61 และ 10.32 ตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 9 (ระบบคลังข้อมูล สุขภาพ, 2566) ซึ่งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของมารดา ทั้งยังเป็นสาเหตุการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด (ปิยะพร กองเงิน, 2558) ทารกที่คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่างๆ ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และมีประสิทธิภาพการทำงานไม่สมบูรณ์ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เช่น การขยายตัวของปอดไม่สมบูรณ์ทำให้มีปัญหาในการหายใจ มีปัญหาเลือดออกในสมอง เกิดการติดเชื้อ มีพัฒนาการทางด้านร่างกายไม่ดี และสมองอาจมีความพิการได้ง่าย (ชนนทร์ วนาภิรักษ์ และ ชีระ ทองสง, 2564) ทำให้ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างสูง และยังพบว่า มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายของทารกในระยะยาวอีกด้วย เช่น ทารกมีปัญหาด้านสติปัญญา สายตา และมักมีสุขภาพไม่แข็งแรง (ปิยะพร กองเงิน, 2558) ประเทศไทยมีนโยบายที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อลดอัตราการตายปริกำเนิดและทารกแรกเกิด น้ำหนักตัวน้อยอันเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข ได้วางเป้าหมายหลักในการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กของประเทศคือ อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่า 28 วัน ไม่เกิน 5 : 1,000 การเกิดมีชีพ และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เกินร้อยละ 7 ของทารกเกิดมีชีพ (Office of the National Economic and Social Development Board, 2016)

พฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดประกอบด้วย การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการป้องกันระดับทุติยภูมิ คือการปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรอบแนวคิดในงานวิจัยประยุกต์ของทิพสุตา นัยแมน (2554) และจิราจันทร์ คนทา (2561) ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการและยา 2) ด้านการรับมือต่อสุขภาพ 3) ด้านกิจกรรมประจำวันและการพักผ่อน และ 4) ด้านจัดการความเครียด พฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก็จะส่งผลไม่ก่อให้เกิดภาวะการคลอดก่อนกำหนด การศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เป็นการศึกษาในกลุ่มที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด/คลอดก่อนกำหนดแล้วพบว่า มีพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไม่ดี (กรรณิกา เพ็ชรรักษ์, อุทุมมชญาณ์ อินทเรือง และ ฝนทอง จิตจำนง, 2562) ในส่วนพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การศึกษาในจังหวัดนครสวรรค์พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดี (จิราจันทร์ คนทา, 2561)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ยังไม่ทราบสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดแน่ชัดแต่หลักฐานทางวิชาการพบว่า มีปัจจัยหลากหลายที่ส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Maloni, 2011) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาแม่และเด็กจาก 12 เขตสุขภาพ ร่วมกับ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไว้ประกอบด้วย 1) ประวัติทางสูตินรีเวช ได้แก่ ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดเคยได้รับการผ่าตัดบริเวณปากมดลูก เคยได้รับการขูดมดลูกหลายครั้ง มดลูกผิดปกติ 2) ข้อมูลพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ได้แก่ อายุน้อยกว่า 17 ปีหรือมากกว่า 35 ปี มีระดับการศึกษาต่ำหรือมีเศรษฐานะต่ำ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์สันตขันธ์มีมวลกาย (body mass index: BMI) ต่ำกว่า 19 Kg/m^2 หรือน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 50 กิโลกรัม ภาวะโภชนาการไม่ดี ทำงานหนัก และ 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ ตั้งครรภ์โดยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ครรภ์แฝด ทารกมีความผิดปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ น้ำคร่ำมากหรือน้อยผิดปกติ มีโรคทางอายุรกรรม ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง ในครรภ์นี้ ปัญหาทางจิตใจ การใช้สารเสพติด การติดเชื้อ ตรวจวัดความยาวของปากมดลูกพบว่า สั้น มีการหดตัวของมดลูก (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) รวมถึงการมีภาวะซีด (Rahmati, Azami, Badfar, Parizad, & Sayehmiri, 2020) การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นบทบาทของหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับพยาบาล ผดุงครรภ์ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพกาย ใจและจิตวิญญาณ การป้องกันที่เน้นให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีความตระหนักในสุขภาพตนเอง และลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อให้สามารถตั้งครรภ์ครบกำหนดได้ (พีรพันธ์ วิศาลสกุลวงศ์, 2557) การดูแลแบบเดิมที่เน้นไปที่การรักษาเมื่อเกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงเป็นการดูแลรักษาที่ล่าช้าเกินไป และเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ จึงมีผลให้อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดไม่ลดลง (World Health Organization: WHO, 2018) ดังนั้นควรศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

สถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ยังสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย คือ ไม่เกิน ร้อยละ 9 โดยปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566 เป็นร้อยละ 9.97, 10.13 และ 9.68 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ, 2566) แนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของจังหวัดเพชรบุรีสอดคล้องกับนโยบายการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2566) ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการสำคัญ คือ 1) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โดยเน้นปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งให้คำแนะนำและช่องทางการติดต่อกับโรงพยาบาล 2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลมุ่งเน้นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่หญิงตั้งครรภ์ในการลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด หรือส่งต่อไปยังคลินิกเฉพาะทางตามลักษณะของแต่ละปัญหา และ 3) วิธีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดยังสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย และในปี 2566 กระทรวงมหาดไทยมีโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยบูรณาการการทำงานและเพื่อให้บรรลุผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรมกับหน่วยงานทุกระดับในจังหวัด ซึ่งพยาบาลเป็นหนึ่งในวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว โดยเน้นการสร้างความรู้ และการรับรู้ให้กับประชาชน เริ่มตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ จนถึงเมื่อเกิดมาเป็นทารก ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดให้ได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ภายใน 1 ปี และในปีต่อไปอีก ร้อยละ 50 ในทุกจังหวัด แม้จะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า จังหวัดเพชรบุรียังไม่พบข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด คณะผู้วิจัยจึงสนใจจะสำรวจพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดเพชรบุรี เพื่อนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและจัดกิจกรรมปรับพฤติกรรมหรือส่งเสริมการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดเพชรบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive research)

สถานที่และเวลาที่ดำเนินการวิจัย

สถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิใน 8 อำเภอของจังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนดในเขตจังหวัดเพชรบุรี ปี 2566

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1.1 เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

(1) หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์เสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 14-36 สัปดาห์ ที่มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิในเขตจังหวัดเพชรบุรี ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ที่แล้ว เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณปากมดลูก เคยได้รับการขูดมดลูกหลายครั้ง/แท้งมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป มดลูกผิดปกติ อายุ น้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มีระดับการศึกษาต่ำหรือเศษฐาณะต่ำ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์สั้น (น้อยกว่า 6 เดือน) BMI น้อยกว่า 19 kg/m² ทำงานหนัก ยืนเป็นเวลานาน ๆ ครรภ์แฝด น้ำคร่ำมากหรือน้อยผิดปกติ ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องในครรภ์นี้ ตรวจวัดปากมดลูก พบว่า ปากมดลูกสั้น มีโรคทางสูติกรรมต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด มีภาวะซีด ความเข้มข้นของเลือด (hematocrit: Hct) น้อยกว่า 33 % ภาวะเครียดหรือซึมเศร้า สูบบุหรี่ หรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์/ ไข้ยาเสพติด (กรมการแพทย์, 2566; Rahmati et al., 2020)

(2) ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูดและการใช้ภาษาไทย

(3) มีความสามารถในการอ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทย

(4) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

1.2 เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ

(1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้ยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด มารดาหรือทารกอยู่ในภาวะไม่ปลอดภัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงสำรวจ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณตามสัดส่วนประชากร จากอุบัติการณ์ของจังหวัดเพชรบุรี ปี 2565 พบอัตราคลอดก่อนกำหนด 208 ราย ใช้ตารางของ Krejcie & Mogan (1970) ได้จำนวนอาสาสมัครเป็น 134 ราย เนื่องจากเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงจึงเก็บข้อมูลในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ โดยแต่ละอำเภอมีสถานบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ อำเภอละ 1 โรงพยาบาล เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งไม่ทราบประชากรแน่นอนจึงสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยขั้นตอนแรกสุ่มอำเภอในเขตจังหวัดเพชรบุรี โดยเก็บทุกอำเภอรวมจำนวน 8 อำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิในแต่ละอำเภอ โดยเก็บทุกอำเภอรวมจำนวน 8 โรงพยาบาล และขั้นที่ 3 สุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละโรงพยาบาลด้วยวิธีการสุ่มตามสะดวก (convenience sampling) โดยเก็บจากผู้เข้ารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ของแต่ละโรงพยาบาลๆ ตามลำดับที่เข้ามาใช้บริการจนครบจำนวน โรงพยาบาลละ 16-17 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว แหล่งที่มาของรายได้ สถานภาพสมรส ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวนบุตรมีชีวิต อายุครรภ์ปัจจุบัน น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ส่วนสูง น้ำหนักปัจจุบัน โรคประจำตัวและความพร้อมในการตั้งครรภ์ครั้งนี้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของ ทิพสุดา นัยแมน (2554) ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการและยา ด้านการรับมือต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมประจำวันและการพักผ่อน และด้านการจัดการความเครียด โดยแบบประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (rating scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และไม่ปฏิบัติเลย เป็นข้อคำถามมีความหมายเชิงบวก จำนวน 29 ข้อ และมีข้อคำถามมีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 8 และ 13 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น

- การปฏิบัติด้านโภชนาการและยา 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-11
- การปฏิบัติด้านการรับมือต่อสุขภาพ 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12-22
- การปฏิบัติด้านกิจกรรมประจำวันและการพักผ่อน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23-28
- การปฏิบัติด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 29-32

การแปลผลมีเกณฑ์ในการจำแนกเป็น 5 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

- ระหว่าง 4.50 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดีมาก
- ระหว่าง 3.50 - 4.49 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดี
- ระหว่าง 2.50 - 3.49 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดปานกลาง
- ระหว่าง 1.50 - 2.49 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไม่ค่อยดี
- ระหว่าง 1.00 - 1.49 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไม่ดี

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การพยาบาลและการวิจัยเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดจำนวน 5 คน แล้วหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) มีการปรับสำนวนภาษา และข้อคำถาม ได้ค่า CVI=.87 ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการสุขภาพในเขตจังหวัดเพชรบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี หมายเลขโครงการ PBEC no. 49/2566 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ความยุติธรรมและความถูกต้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เพื่อทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำหนังสือขออนุญาตไปยังสถานบริการสุขภาพภายในจังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตใช้ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจากแท้งประวัติและสมุดบันทึกการฝากครรภ์ รวมถึงขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ จากนั้นเข้าพบหัวหน้างาน และผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ของสถานบริการสุขภาพทุกภูมิภาคในจังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอความร่วมมือในการทำวิจัย สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากแท้งประวัติ สมุดฝากครรภ์และเกณฑ์เสี่ยงภาวะคลอดก่อนกำหนด เพื่อคัดกรองว่าเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และกลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการดูแลรักษาจากทางสถานบริการสุขภาพเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรักษาความลับ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการทำงาน จากนั้นนำข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 134 ราย มาตรวจสอบความครบถ้วน ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนจากกลุ่มตัวอย่าง 134 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100 แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่ หรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมาคือ อายุ <20 ปี หรือ >35 ปี ร้อยละ 39.55 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (n=134)

ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด	จำนวน	ร้อยละ
สูบบุหรี่ หรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่	67	50.00
อายุ < 20 ปี หรือ > 35 ปี	53	39.55
ทำงานหนัก ยืนเป็นเวลานานๆ	32	23.88
มีระดับการศึกษาต่ำหรือเศรษฐกิจต่ำ	21	15.67
มีภาวะซีด ความเข้มข้นของเลือด Hct น้อยกว่า 33%	21	15.67
มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ที่แล้ว	16	11.94
BMI <19kg/m ²	15	11.19
ภาวะเครียดหรือซึมเศร้า	14	10.45
ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องในครรภ์นี้	6	4.48
ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์สั้น (<6เดือน)	5	3.73
เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณปากมดลูก	5	3.73
มีโรคทางสูติกรรมต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด (PIH, รกลอกตัวก่อนกำหนด ฯลฯ)	3	2.24
ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ยาเสพติด	3	2.24
น้ำคร่ำมากหรือน้อยผิดปกติ	2	1.49
เคยได้รับการขูดมดลูกหลายครั้ง/แท้งมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	1	0.75
มดลูกผิดปกติ	1	0.75
ครรภ์แฝด	1	0.75
ตรวจวัดปากมดลูกพบว่า สั้น	1	0.75

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 20-35 ปี ร้อยละ 67.16 (range=15-42 ปี, ($\bar{X}$ =26.37, SD =7.04) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 82.84 เป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 39.55 อายุครรภ์เฉลี่ย 27.60 สัปดาห์ (range=14-36, ($\bar{X}$ =27.60, SD =6.96) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.42 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.82 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 17,144.76 บาท (range=1,200-80,000, ($\bar{X}$ =17,144.76, SD =14,915.17)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n=134$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (range=15-42, ($\bar{X}$ =26.37, SD =7.04)		
น้อยกว่า 20	24	17.91
20 – 35	90	67.16
มากกว่า 35	20	14.93
สถานภาพสมรส		
โสด	21	15.67
คู่	111	82.84
หย่า/ หม้าย/ แยก	2	1.49
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	41	30.60
ครรภ์ที่ 2	53	39.55
ครรภ์ที่ 3	28	20.89
ครรภ์ที่ 4	6	4.48
ตั้งแต่ครรภ์ที่ 5 ขึ้นไป	6	4.48
อายุครรภ์ปัจจุบัน (สัปดาห์)		
อายุครรภ์ 14-26 สัปดาห์ (ไตรมาส 2)	55	41.04
อายุครรภ์ 27-36 สัปดาห์ (ไตรมาส 3)	79	58.96
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.49
ประถมศึกษา	19	14.18
มัธยมศึกษา	89	66.42
ปวส./ อนุปริญญา	5	3.73
ปริญญาตรี	16	11.94
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.24
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	48	35.82
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	27	20.15
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	5.97
เกษตรกรรวม	12	8.95
รับจ้าง	35	26.12
อื่นๆ	4	2.99
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท) (range=1,200-80,000, ($\bar{X}$ =17,144.76, SD =14,915.17)		
รวม	134	100

2. ระดับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.98$, $SD=.43$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการรับผิตชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X}=4.25$, $SD=.55$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านจัดการความเครียด ($\bar{X}=3.66$, $SD=.84$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ($n=134$)

พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1. ด้านโภชนาการและยา	3.83	.48	ดี
2. ด้านการรับผิตชอบต่อสุขภาพ	4.25	.55	ดี
3. ด้านกิจกรรมประจำวันและการพักผ่อน	3.96	.66	ดี
4. ด้านจัดการความเครียด	3.66	.84	ดี
ภาพรวม	3.98	.43	ดี

อภิปรายผล

จากผลการศึกษสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.98$, $SD=.43$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20-35 ปี ร้อยละ 67.16 (range=15-42, ($\bar{X}=26.37$, $SD=7.04$) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 35 ปี (ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ศิริภรณ์ เหมะธูลิน, พิมลพรรณ อันสุข และ พรณยุพา เนาว์ศรีสอน, 2563) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.42 ซึ่งผ่านเกณฑ์การศึกษาภาคบังคับของประเทศไทยและสามารถสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ดี หญิงตั้งครรภ์มีสถานภาพสมรสคู่ หรือการอยู่ด้วยกันถึงร้อยละ 82.84 ซึ่งเป็นที่ยอมรับจากสังคมรอบข้าง ได้รับการดูแลจากสามีและครอบครัว ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม (อัสมะ จารู, วรางคณา ชัชเวช และ สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2562) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.82 และ ร้อยละ 20.15 ประกอบอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว ทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการประกอบอาชีพอื่น ๆ ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 17,144.76 บาท/เดือน ซึ่งมีความเพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในครอบครัว เป็นปัจจัยสนับสนุนและเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้สูงจะเอื้ออำนวยให้มีพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีได้ อีกทั้งแผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธภูมิในจังหวัดเพชรบุรี มีการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดร่วมกันและมีการพัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งน่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดให้อยู่ในระดับดี ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของอาทิตยา แก้วน้อย, ศรีสมร ภูมณสกุล และ สายลม เกิดประเสริฐ

(2561) และการศึกษาในจังหวัดนครสวรรค์ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดี (จิราจันทร์ คนทา, 2561; วรัญญา ชลธารกัมปนาท, ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์ และ ธนพร ศนิบุตร, 2554)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของ อัสมะ จารู และคณะ (2562) ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านอยู่ในระดับดีในทุกด้าน ทั้งในด้านการจัดการความเครียด ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านจัดการความเครียด อธิบายได้ว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เกิดจากการประเมินทางสติปัญญาของบุคคล หากบุคคลประเมินว่าสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์นั้น ทำให้ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวมากเกินไปเกินความสามารถ จะส่งผลให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอาจต้องหยุดงาน ส่งผลกระทบต่อสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียดได้ (Sciscione, 2010) อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจะเกิดความเบื่อหน่าย กังวลแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง และก่อให้เกิดความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์ (Rubarth et al., 2012) จึงควรนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมด้านจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดเพชรบุรี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะไปการนำผลการวิจัยใช้

สถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิในจังหวัดเพชรบุรีควรส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะด้านจัดการความเครียดซึ่งมีคะแนนต่ำที่สุด และจัดกิจกรรมเน้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ข้อ โดยเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมด้านจัดการความเครียด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมด้านจัดการความเครียด โดยเน้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2566). *แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับพ.ศ. 2566*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรณิกา เพ็ชรภักษ์, อุตม์ชญาณ์ อินทเรือง และ ฝนทอง จิตจำนง. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 34(1), 87-100.
- จิราจันทร์ คนทา. (2561). การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 8(1), 1-12.

- ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ และ ชีระ ทองสง. (2564). การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน ชีระ ทองสง, (บ.ก.), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6) (น.244-259). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพสุดา นัยม้วน. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ศิริภรณ์ เหมะธูลิน, พิมลพรรณ อันสุข และ พรรณยุพา เนาว์ศรีสอน. (2563). การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: บทบาทพยาบาล. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(2), 238-245.
- ปิยะพร กองเงิน. (2558). *การพยาบาลสูติศาสตร์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พินันท์ วิศาลสกุลวงศ์. (2557). ความเป็นหุ้นส่วนการผดุงครรภ์ระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์และหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(1), 34-44.
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center: [HDC]. (2566). *ร้อยละหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2564-2566*. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/forma t1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2566). *การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก <https://pct.yahahospital .com/pct/cpg/Preterm.pdf>
- วรัญญา ชลธารกัมปนาท, ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์ และ ธนพร ศนิบุตร. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี* (รายงานผลการวิจัย). จันทบุรี: โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.
- อัสมะ จารู, วรางคณา ชัยเวช และ สุรีย์พร กฤษเจริญ. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง ตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39, 79-92.
- อาทิตยา แก้วน้อย, ศรีสมร ภูมณสกุล และ สายลม เกิดประเสริฐ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. *รามานิติพยาบาลสาร*, 24(3), 264-78.
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics (2016). Practice bulletin no. 171: management of preterm labor. *Obstetrics & Gynecology*, 128, e155-e164. doi: 10.1097/AOG.0000000000001711
- Best, J. W. (1981). *Research in Education* (4th edition). New Delhi: Prentice Hall of India.
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. doi: 10.1177/001316447003000308
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

- Maloni, J.A. (2011). Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(4), 385-393. doi: 10.1586/eog.11.28
- Office of the National Economic and Social Development Board. (2016). *The Twelfth National Economic and Social Development Plan (2017-2021)*, Retrieved from https://www.sme.go.th/upload/mod_download/download-20201012120836.pdf
- Rahmati, S., Azami, M., Badfar, G., Parizad, N., & Sayehmiri, K. (2020). The relationship between maternal anemia during pregnancy with preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, 33(15), 2679-89. doi: 10.1080/14767058.2018.1555811
- Rubarth, L. B., Schoening, A. M., Cosimano, A., & Sandhurst, H. (2012). Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(3), 398-407. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01349.x
- Sciscione, A. (2010). Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(3), 232.e1-232.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2009.07.005
- World Health Organization: [WHO]. (2023). *Preterm Birth*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในนักศึกษาพยาบาล

ดลพร คำโด, นศ.พยบ.¹ พิมพ์ชนก พงศ์พิมล, นศ.พยบ.¹

ดลนภา ไชยสมบัติ, ส.ด.^{2*} สุทธิณี นันทฤทธิ์, พย.ม.²

บทคัดย่อ

การบริโภคเกลือโซเดียมในปริมาณสูงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ และทั่วโลก นักศึกษาพยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่ต้องเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพจึงควรมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสม การวิจัยพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในนักศึกษาพยาบาล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2565 จำนวน 217 คน เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคแควร์ และค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า ด้านปัจจัยนำ พบ นักศึกษามีความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีทัศนคติในการบริโภคเกลือโซเดียมอยู่ในระดับดี ปัจจัยเอื้อ พบ นักศึกษาสามารถเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหารภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเสริม พบ นักศึกษามีการได้รับข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และได้รับกระตุ้นเตือนจากบุคคลในการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ และนักศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r=.149, p<.05$) และความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r=.156, p<.05$) ข้อเสนอแนะในการวิจัยคือ ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมความรู้เรื่องผลกระทบต่อสุขภาพ ให้กับนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมต่ำ และเพิ่มการเข้าถึงแหล่งอาหารและบริการที่หลากหลาย เพื่อให้นักศึกษามีตัวเลือกในการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมในปริมาณน้อย

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภค, เกลือโซเดียม, นักศึกษาพยาบาล

วันที่รับ: 5 พฤศจิกายน 2566 วันที่แก้ไข: 26 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 28 ธันวาคม 2566

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

Factors related to sodium consumption behaviors among nursing students

Donlapron Khamdo, SN.¹ Phimchanok Phongpimol, SN.¹

Donnapa Chaisombut, Ph.D.^{2*} Suttinee Nuntarit, MN.S.²

Abstract

High sodium intake is implicated in the development of hypertension, kidney disease, and cardiovascular disease. All serious health problems in Thailand, and Internationally. Nursing students are health professionals who have a duty to act as role models with regards to their sodium intake. This correlational, descriptive research aimed to identify attitudes and behaviors relating to sodium consumption among nursing students. Purposive sampling was used to recruit 217 nursing students in years 1-4, in the academic year 2022. Research tools composed of five parts; demographic data, predisposing factors, reinforcing factors, enabling, and sodium consumption behaviors. These tools were approved by three experts. A questionnaire was used to collect data. The data was analyzed using descriptive statistics. The relationships between various factors and sodium consumption behaviors were tested by using Chi-Square and Pearson's correlation statistics. The results revealed that Predisposing factors: students' knowledge and sodium consumption behaviors were at a moderate level, but their attitude towards sodium consumption was at a good level. Enabling factors: the ability to access services or food sources was at a moderate level. Reinforcing factors: students received news/information about sodium consumption at a moderate level. They received encouragement from people regarding sodium consumption at a low level. Their sodium consumption behavior was at a moderate level. Factors significantly related to sodium consumption behaviors included age with a low positive correlation ($r=.149, p<.05$) and ability to access services or food sources with a low positive correlation ($r=.156, p<.05$). Research findings suggest educational activities should be provided regarding the impact of high sodium consumption to try and bring about a lowering of sodium consumption. Increased access to a variety of food sources and services is needed to support students in having more options in consuming a low sodium diet.

Keywords: Consumption behavior, Sodium, Nursing students

Received: Nov 5, 2023 Revised: Dec 26, 2023 Accepted: Dec 28, 2023

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

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

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

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศและระดับโลก ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยสาเหตุหนึ่งที่สำคัญคือพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ทำให้ได้รับสารอาหารบางอย่างมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย เช่น ไขมัน คาร์โบไฮเดรต และเกลือโซเดียม เป็นต้น สำหรับหลักฐานวิชาการในปัจจุบันนี้ยืนยันว่าการบริโภคเกลือโซเดียมมากเกินไปเกินความต้องการมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญ (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) ประชากรส่วนใหญ่ในประเทศไทย นิยมรับประทานอาหารรสจัด โดยเฉพาะการรับประทานอาหารรสเค็ม มีการวิเคราะห์โซเดียมในปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย พบว่า ประชากรทั่วประเทศมีการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยประมาณ 4.55 กรัมต่อคนต่อวัน มากกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดถึง 2 เท่า ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (วิชัย เอกพลากร, 2557) และมีแนวโน้มการบริโภคพบในกลุ่มอายุน้อย ผลการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลการบริโภคโซเดียมในประชากรไทยทั่วประเทศ 2,388 คน (อายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปี) โดยวิธีการตรวจเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง พบว่า การบริโภคโซเดียมเฉลี่ยประชาชนไทยเท่ากับ 3,636 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือถึง 1.8 ช้อนชา พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง น้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ปกติ และคนที่มีความดันโลหิตสูง มีการบริโภคโซเดียมมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียมในปริมาณสูงคือ กลุ่มที่มีอายุน้อย หรือเป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย (18-29 ปี) (AOR 2.81, 95% CI: 1.53-5.17; $p=.001$) (Chailimpamontree et al., 2021) สถานการณ์บริโภคโซเดียมในปริมาณสูงในกลุ่มอายุน้อย ในต่างประเทศ พบได้เช่นกัน เช่น ในเมืองมุมไบ ประเทศอินเดีย ศึกษาการบริโภคโซเดียมในวัยรุ่น 1,141 คน พบว่า มีการบริโภคโซเดียมในปริมาณสูงประมาณ 2 กรัมต่อวัน ในกลุ่มวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในเมือง และประมาณ 1 กรัม/วัน ในกลุ่มวัยรุ่นที่อาศัยในชนบท และวัยรุ่นมากกว่าครึ่งหนึ่งพบว่า มีภาวะอ้วน ซึ่งมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต Shah, Shah, Vijan, Kamat, Kirpalani, & Kirpalani (2022) และ Biswas et al. (2020) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งบังกลาเทศ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.2 มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการบริโภคเกลือเกินกำหนดต่อสุขภาพ ถึง ร้อยละ 72.80 แต่มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแปรรูปเพื่อลดการบริโภคเค็มเพียงร้อยละ 29.99 มีพฤติกรรมการเติมเกลือขณะรับประทานอาหารเช้า โดยมีค่ามัธยฐาน 3 กรัม/วัน

การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ รายงานผลการศึกษาใน พ.ศ. 2558 ประเมินการทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 422.7 ล้านคน และเสียชีวิต 17.92 ล้านคน (Roth et al., 2017) การบริโภคโซเดียมมากเกินไปส่งผลเพิ่มระดับความดันโลหิต เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมร็งกระเพาะอาหาร และโรคไตเรื้อรัง (Colin-Ramires, Espinosa-Cuevas, Miranda-Alatraste, Tovar-Villegas, Arcand, & Correa-Rotter, 2017) การศึกษาภาระโรคในปี 2560 พบการบริโภคเกลือหรือโซเดียมสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิต 3.2 ล้านคน และทำให้สูญเสีย ปีสุขภาวะประมาณ 70 ล้านปี (DALYs; Disability Adjusted Life Years) สำหรับประเทศไทย พบแนวโน้มการเสียชีวิตด้วย โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ.2558 ถึง พ.ศ.2562 จากอัตราการเสียชีวิต 43.3 ต่อแสนประชากรเป็น 53.0 ต่อแสนประชากร และโรคหัวใจขาดเลือดมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มจาก 29.9 ต่อแสนประชากรเป็น 43.7 ต่อแสนประชากร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) นอกจากนี้ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดย

การตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 25.4 สูงกว่าการสำรวจครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2557 ซึ่งพบความชุก 24.7 และได้คาดประมาณการ ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีโรคความดันโลหิตสูง 13.2 ล้านคน (วิชัย เอกพลากร, 2564) เป็นภาระในการจัดบริการสุขภาพทั้งยัง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและเศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก ซึ่งในปี 2003 องค์การอนามัยโลกเสนอยุทธศาสตร์เน้นย้ำให้รัฐเสนอนโยบาย แผนงาน โครงการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ โดยประเทศสมาชิก องค์การอนามัยโลกได้ตกลงที่จะลดการบริโภคเกลือของประชากรโลกลง ร้อยละ 30 ภายในปี 2568 สำหรับประเทศไทย สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ.2558 จึงได้รับรองนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ โดยมีวิสัยทัศน์คือ ประชาชนมีสุขภาพดีจากการบริโภคเกลือและโซเดียมลดลง และมีเป้าประสงค์ ประชาชนบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568 (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในครัวเรือน ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของครัวเรือน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโซเดียม (พัสนี ถิระกุลพฤทธิ, 2559) และการศึกษาในกลุ่ม นักศึกษาปริญญาตรี พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโซเดียมมีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมในอาหาร ที่บริโภคโดยผู้ที่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโซเดียมจะบริโภคโซเดียมในปริมาณที่กำหนด (น้อยกว่า 1,500 mg/วัน) ส่วนผู้ที่ไม่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโซเดียมจะบริโภคโซเดียมในปริมาณที่เกินกว่ากำหนด (มากกว่า 1,500 mg/วัน) (สิริมนต์ ชายเกตุ, 2559) การศึกษาของ ปรีศณี ศรีกัน, สมศรี ทาทาน, วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล และ ชลธิมา ปิ่นสกุล (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมลดการบริโภค อาหารที่มีโซเดียมสูงและปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ ของนักศึกษาและบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา พบว่า นักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่ซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากผู้ขายมารับประทาน ซึ่งเป็นอาหารที่มีปริมาณเกลือ โซเดียมสูงมากกว่าอาหารที่ปรุงสุกเอง ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการขับโซเดียมออกทางปัสสาวะ โดยเฉลี่ยเท่ากับ 105.75 mmol /วัน หรือ 2,432.25 มิลลิกรัม/วัน ซึ่งสูงกว่าที่สมาคมแพทยโรคหัวใจของประเทศ สหรัฐอเมริกา และองค์การอนามัยโลกได้แนะนำไว้ ซึ่งค่าปกติของปริมาณโซเดียมควรอยู่ที่ 65.22 mmol /วัน (1,500 mg/วัน) และ 86.96 mmol /วัน (2,000 mg/วัน) ตามลำดับ ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลถือว่าเป็นหนึ่งในกลุ่มบุคลากร สุขภาพที่ต้องมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้น การวิจัยนี้จึงศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่กำลังศึกษาอยู่ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา โดยใช้แนวคิดตามแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED model (Green & Krueger, 1999) ซึ่งเป็นโมเดลในการวางแผนและประเมินผล ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริม สุขภาพ มีแนวคิดว่ ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย จึงควรได้รับการประเมินอย่างถูกต้อง จึงจะสามารถ กำหนดกลวิธีและวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง PRECEDE-PROCEED model เป็นโมเดลสำหรับวางแผนโดยประยุกต์ ศาสตร์ต่าง ๆ หลายศาสตร์ เช่น ระบาดวิทยา สังคมวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ การศึกษา จิตวิทยา แพทย์ศาสตร์ และ การบริหารสาธารณสุข เข้ามาร่วมในการวางแผนใน 8 ระยะของการทำงาน โดยในระยะที่ 3: การประเมินการศึกษาและ นิเวศวิทยา เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 2 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง

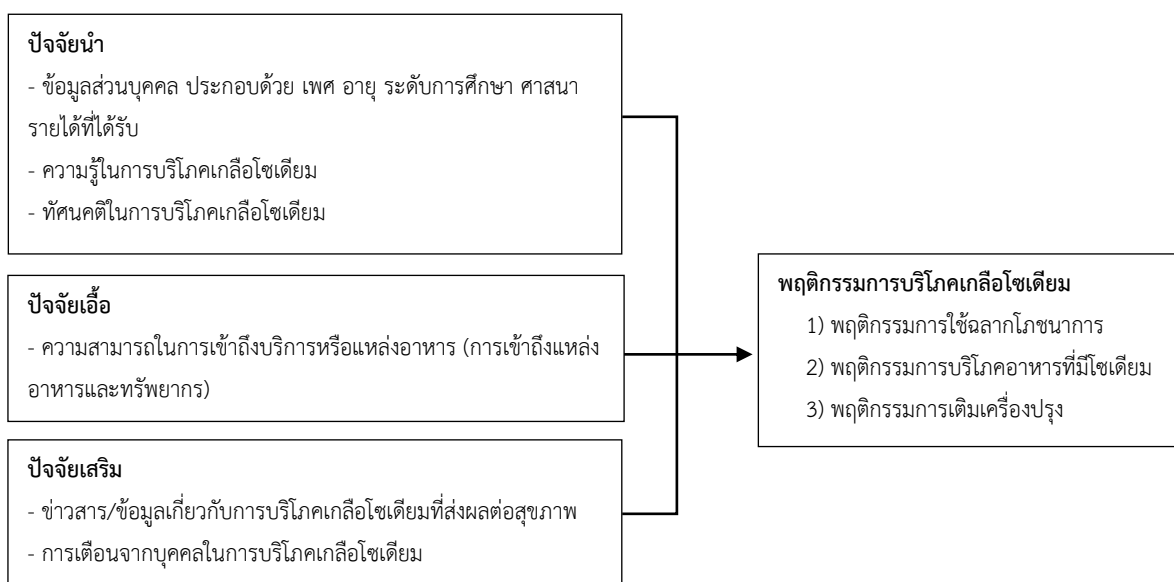
ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) และปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย (1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการบริโภคเกลือโซเดียม ทักษะในการบริโภคเกลือโซเดียม การรับรู้ต่อสถานการณ์โรคที่เกิดจากการบริโภคเกลือโซเดียม (2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร (การเข้าถึงแหล่งอาหารและทรัพยากร) และ (3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมที่ส่งผลต่อสุขภาพ การเตือนจากบุคคลในการบริโภคเกลือโซเดียม เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Krueter, 1999) โดยคัดเลือกปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและตัวแปรต้น ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการบริโภคเกลือโซเดียม ทักษะในการบริโภคเกลือโซเดียม การรับรู้ต่อสถานการณ์โรคที่เกิดจากการบริโภคเกลือโซเดียม 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร (การเข้าถึงแหล่งอาหารและทรัพยากร) และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมที่ส่งผลต่อสุขภาพ การเตือนจากบุคคลในการบริโภคเกลือโซเดียม ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี พะเยา ซึ่งประกอบด้วย (1) พฤติกรรมการใช้ฉลากโภชนาการ (2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม และ (3) พฤติกรรมการเติมเครื่องปรุง ดังแสดงตามแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ที่ศึกษาในปีการศึกษา 2565 จำนวน 402 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกนักศึกษาทุกชั้นปี ที่พักอาศัยอยู่ในหอพักนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Krejcie & Morgan (1970) ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างมาทั้งสิ้น 197 คน และทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 คิดเป็น 217 คน

2. ทำการสุ่มแบบโควตา (quota sampling) เป็นการเลือกตัวอย่างที่มีการกำหนดขนาดของตัวอย่างโดยคำนึงถึงสัดส่วนของนักศึกษาแต่ละชั้นปี ได้กลุ่มตัวอย่างดังตาราง

จำนวน/ชั้นปี	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 1	รวม
ประชากร	120	105	78	99	402
กลุ่มตัวอย่าง	64	56	43	54	217

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปี โดยเลือกนักศึกษาที่มีเลขคี่ (ยกเว้นคนที่ไม่ได้อยู่หอพักในวิทยาลัย) จนครบจำนวน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี ศาสนา รายได้ที่ได้รับ (บาท/เดือน) เกรดเฉลี่ย และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ความรู้ในการบริโภคเกลือโซเดียม ปรับปรุงจากแบบสอบถามของ ชลธิชา บุญศิริ, นพวรรณ เปียชื่อ, พรรณวดี พุทธิวัฒนะ และ สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ (2560) จำนวน 16 ข้อคำถาม (มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามหลังปรับปรุงเท่ากับ .68) ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง (5 ข้อ) อาหารที่ผ่านกระบวนการแปรรูป (4 ข้อ) ฉลากโภชนาการ (5 ข้อ) และผลกระทบจากการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม (2 ข้อ) เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ มี กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน แบ่งระดับความรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ (Bloom, Madaus, & Hastings, 1971) ดังนี้ คะแนน $\geq 80\%$ มีความรู้ดี, 50-79% ความรู้ระดับปานกลาง, $< 50\%$ ความรู้ระดับต่ำ

ตอนที่ 2 ทักษะในการบริโภคเกลือโซเดียม ปรับปรุงจากแบบสอบถามของ พัสณี ธีระกุลพลฤทธิ์ (2559) จำนวน 13 ข้อคำถาม (มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามหลังปรับปรุงเท่ากับ .68) ข้อคำถามเป็นแบบมาตราวัดประเมินค่า (rating scale) ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน และผลรวมมีค่าคะแนนระหว่าง 1-25 คะแนน ทำการแปลผลโดย แบ่งระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียม

3 ระดับ (Best, 1977) ตามช่วงคะแนน คือ 1-21 คะแนน มีทัศนคติในระดับต่ำ, 22-43 คะแนน มีทัศนคติระดับปานกลาง, 44-65 ทัศนคติในระดับดี

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ เป็นแบบประเมินความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร (การเข้าถึงแหล่งอาหารและแหล่งทรัพยากร) ปรับปรุงจากแบบสอบถามของ พัสณี ธีระกุลพฤทธิ (2559) จำนวน 5 ข้อคำถาม (มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามหลังปรับปรุงเท่ากับ 0.86) เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่มีเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว มีคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน ผลรวมมีค่าคะแนนระหว่าง 1-25 คะแนน ทำการแปลผลโดย แบ่งระดับความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร 3 ระดับ (Best, 1977) ตามช่วงคะแนน คือ 1-8 คะแนน มีความสามารถในการเข้าถึงระดับต่ำ, 9-17 คะแนน มีความสามารถในการเข้าถึงระดับปานกลาง, 18-25 ความสามารถในการเข้าถึงในระดับดี

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม แบ่งออกเป็น 2 ตอน (มีค่าความเชื่อมั่นหลังปรับปรุง ของทั้ง 2 ตอนรวมกันเท่ากับ .77) คือ ตอนที่ 1 ข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมที่ส่งผลต่อสุขภาพเป็นแบบประเมินการได้รับข้อมูลข่าวสารในชีวิตประจำวัน ปรับปรุงจากแบบสอบถามของ พัสณี ธีระกุลพฤทธิ (2559) จำนวน 10 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับประจำ ได้รับนาน ๆ ครั้ง ไม่ได้รับเลย การให้คะแนน คือ ได้รับประจำ 2 คะแนน, ได้รับนาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน, ไม่ได้รับเลย 0 คะแนน ผลรวมมีค่าคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน แปลผล ระดับข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับของนักศึกษา 3 ระดับ (Best, 1977) คือ 0-6 มีการได้รับข่าวสาร/ข้อมูลระดับต่ำ, 7-13 มีการได้รับข่าวสาร/ข้อมูลในระดับปานกลาง, 14-20 มีการได้รับข่าวสาร/ข้อมูลในระดับดี

ตอนที่ 2 การกระตุ้นเตือนจากบุคคลในการบริโภคเกลือโซเดียม ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ พัสณี ธีระกุลพฤทธิ (2559) จำนวน 3 ข้อคำถาม เป็นแบบประเมินการรับรู้การบริโภคเกลือโซเดียมโดยการกระตุ้นจากบุคคลอื่นเป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับประจำ ได้รับนาน ๆ ครั้ง ไม่ได้รับเลย การให้คะแนน คือ ได้รับประจำ 2 คะแนน, ได้รับนาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน, ไม่ได้รับเลย 0 คะแนน ผล แปลผลระดับการได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือค่าเฉลี่ย 0-0.66 มีการกระตุ้นเตือนจากบุคคลระดับต่ำ, 0.67-1.33 มีการกระตุ้นเตือนจากบุคคลระดับปานกลาง, 1.34-2.00 มีการกระตุ้นเตือนจากบุคคลระดับดี

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม ปรับปรุงจากแบบสอบถามของ พัสณี ธีระกุลพฤทธิ (2559) จำนวน 14 ข้อคำถาม (มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามหลังปรับปรุงเท่ากับ .72) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ฉลากโภชนาการ (3 ข้อ) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม (10 ข้อ) และพฤติกรรมการเติมเครื่องปรุง (1 ข้อ) เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและข้อคำถาม เป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติพอประมาณ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ มีคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน ผลรวมมีค่าคะแนนระหว่าง 70 คะแนน แปลผล ระดับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของนักศึกษา เป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ 0-23 คะแนน มีพฤติกรรมการบริโภคระดับดี, 24-46 คะแนน มีพฤติกรรมการบริโภคระดับปานกลาง, 47-70 คะแนน มีพฤติกรรมการบริโภคระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยแบบสอบถามทุกข้อมีค่า Index of item objective congruence (IOC) เท่ากับ 0.6 ขึ้นไป และผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 217 คน โดยผู้วิจัยแจ้งขอความร่วมมือและชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ ขอรับความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้น ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างผ่านทางแบบทดสอบออนไลน์ (Google form) จากนั้น รวบรวมแบบสอบถามและนำข้อมูลวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา หมายเลขโครงการ 011/65 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากรที่ศึกษาโดยชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอม และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อความรู้ ทักษะคติในการบริโภคเกลือโซเดียม ความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร ข้าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียม การกระตุ้นเตือนจากบุคคลในการบริโภคเกลือโซเดียม และพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square ในการหาความสัมพันธ์กรณีตัวแปรต้นมีมาตรวัดอยู่ในระดับนามบัญญัติ และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) กรณีตัวแปรต้นมีมาตรวัดอยู่ในระดับมาตราส่วน (interval scale) และมาตราอัตราส่วน (ratio scale)
3. ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ 1) ระดับการวัดของตัวแปรเป็น interval หรือ ratio scale 2) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และ 3) มีการแจกแจงปกติทั้งสองตัวแปร

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.2 มีอายุเฉลี่ย 21 ปี ($SD=3.21$) อายุมากที่สุด 22 ปี และอายุน้อยที่สุด 18 ปี มีนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คิดเป็น ร้อยละ 29.95, 25.35, 19.82 และ 24.88 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.40 รายได้เฉลี่ยที่ได้รับต่อเดือน 4,800 บาท ($SD=3.84$) เกรดเฉลี่ย (ผลการเรียนล่าสุด) 3.19 ($SD=0.40$) และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.63

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 11.88 ± 2.63) เมื่อแบ่งระดับ พบว่า ร้อยละ 48.85 มีความรู้ในการบริโภคเกลือโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 45.16 มีความรู้ในการบริโภคเกลือโซเดียมระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 51.48 ± 5.52) เมื่อแบ่งระดับ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.71 มีทัศนคติในบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับดี มีเพียง ร้อยละ 8.29 มีทัศนคติในการบริโภคเกลือโซเดียมระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้และทัศนคติ ในการบริโภคเกลือโซเดียมของกลุ่มตัวอย่าง ($n=217$)

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ในการบริโภคเกลือโซเดียมของนักศึกษา ($\bar{X}=11.88, SD=\pm 2.63$)		
ความรู้ต่ำ ($< 50\%$, 0-7 คะแนน)	13	5.99
ความรู้ปานกลาง ($50-79\%$, 8-12 คะแนน)	106	48.85
ความรู้สูง ($\geq 80\%$, 13-16 คะแนน)	98	45.16
ระดับทัศนคติในการบริโภคเกลือโซเดียมของนักศึกษา ($\bar{X}=51.48, SD=\pm 5.52$)		
ทัศนคติในระดับต่ำ (1-21 คะแนน)	-	-
ทัศนคติในระดับปานกลาง (22-43 คะแนน)	18	8.29
ทัศนคติในระดับดี (44-65 คะแนน)	199	91.71

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ

กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหารภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 9.22 ± 3.51) เมื่อแบ่งระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.46 รองลงมา ร้อยละ 43.32 มีความสามารถในการเข้าถึงในระดับต่ำ และร้อยละ 3.23 มีความสามารถในการเข้าถึงในระดับดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($n=217$)

ข้อคำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร ($\bar{X}=9.22, SD=\pm 3.51$)		
ความสามารถในการเข้าถึงในระดับต่ำ (1-8 คะแนน)	94	43.32
ความสามารถในการเข้าถึงในระดับปานกลาง (9-17 คะแนน)	116	53.46
ความสามารถในการเข้าถึงในระดับดี (18-25 คะแนน)	7	3.23

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม

กลุ่มตัวอย่างมีการได้รับข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 9.46 ± 3.70) เมื่อแบ่งระดับ พบว่า ร้อยละ 65.44 ได้รับข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 22.12 ได้รับข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมในระดับต่ำ และกลุ่มตัวอย่างการได้รับกระตุ้นเตือนจากบุคคลในการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย

0.6 6± 0.36) เมื่อแบ่งระดับ พบว่า ร้อยละ 47.93 ได้รับข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 45.62 ได้รับข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมในระดับต่ำ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการได้รับข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียม และ การได้รับกระตุ้นเตือนจากบุคคลในการบริโภคเกลือโซเดียมของกลุ่มตัวอย่าง ($n=217$)

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียม ($\bar{X}=9.46$, $SD=\pm 3.70$)		
การได้รับข่าวสาร/ข้อมูลระดับต่ำ (0-6 คะแนน)	48	22.12
การได้รับข่าวสาร/ข้อมูลระดับปานกลาง (7-13 คะแนน)	142	65.44
การได้รับข่าวสาร/ข้อมูลระดับดี (14-20 คะแนน)	27	12.44
ระดับการได้รับกระตุ้นเตือนจากบุคคล ($\bar{X}=0.66$, $SD=\pm 0.36$)		
การกระตุ้นเตือนในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.00-0.66)	99	45.62
การกระตุ้นเตือนในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.67-1.33)	104	47.93
การกระตุ้นเตือนในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 1.34-2.00)	14	6.45

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 30.29 ± 9.04) เมื่อแบ่งระดับ พบว่า ร้อยละ 77.88 มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 17.97 มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในระดับต่ำ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของกลุ่มตัวอย่าง ($n=217$)

ระดับความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร ($\bar{X}=30.29$, $SD=\pm 9.04$)		
พฤติกรรมการบริโภคระดับต่ำ (0-23 คะแนน)	39	17.97
พฤติกรรมการบริโภคระดับปานกลาง (24-46 คะแนน)	169	77.88
พฤติกรรมการบริโภคระดับดี (47-70 คะแนน)	9	4.15

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r=0.149$, $p<.05$) และ ความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r=0.156$, $p<.05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของกลุ่มตัวอย่าง ($n=217$)

ปัจจัย	พฤติกรรมการบริโภค	
	r	p-value
อายุ	.149	.028*
ความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร	.156	.022*

* $p<.05$

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีทัศนคติในการบริโภคเกลือโซเดียมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Biswas et al. (2020) ซึ่งศึกษา ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งบังคลาเทศ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.2 มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการบริโภคเกินกำหนดต่อสุขภาพ ร้อยละ 72.8 แต่มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแปรรูปเพื่อลดการบริโภคเค็มเพียง ร้อยละ 29.99 มีพฤติกรรมการเติมเกลือขณะรับประทานอาหาร โดยมีค่ามัธยฐาน 3 กรัม/วัน ทั้งนี้การที่นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพที่ได้เรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการบริโภคเกลือโซเดียม และโรคที่เกี่ยวข้อง เช่น รายวิชาชีวเคมีและโภชนศาสตร์ในชั้นปีที่ 1, การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในชั้นปีที่ 2 และ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ในชั้นปีที่ 3-4 (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระยา, 2565) จึงทำให้มีทัศนคติการบริโภคเกลือโซเดียมอยู่ในระดับดี แต่ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากขาดความต่อเนื่องในการกระตุ้นเตือนพบว่า นักศึกษามีการได้รับข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.2 ซึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมน้อยกว่าเพศชาย (Balcagan-Abueg, Lee, Chan, Rebello, & Amarra, 2013; U.S. Department of Health and Human Services, 2016) จึงมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมระดับปานกลาง ทั้งนี้ การได้รับการศึกษามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม แต่ควรได้รับการศึกษาแบบต่อเนื่อง เช่น การศึกษาของ Ismail et al. (2022) ทำการศึกษาผลของการทดลองใช้โปรแกรมความรู้ด้านโภชนาการ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับเอกสารแผ่นพับ เพื่อการลดการบริโภคโซเดียม ต่อ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 90 คน วัดผลก่อน หลัง และติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า ผลของโปรแกรมการศึกษาทำให้ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมน้อยในระยะหลังการอบรมทันที แต่ผลไม่คงอยู่ในระยะยาว ข้อเสนอแนะจากการวิจัย พบว่า ควรพิจารณาการให้การศึกษาเป็นระยะเพื่อฟื้นฟูความรู้และเสริมสร้างการปฏิบัติ ทั้งนี้สำหรับการศึกษาในกลุ่มอายุอื่น ๆ พบว่ามีผลที่คล้ายคลึงกัน เช่น ประทุม เมืองเป้ และ วุฒิชัย จริยา (2023) ศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคเกลือ และโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในเขตอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์จำนวน 221 คน พบว่า ระดับการเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์สารทดแทนเกลือและโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.01 ระดับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภค เกลือและโซเดียมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.35 ระดับพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 74.66 ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างนี้มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี อาจจะเนื่องจากประเทศไทยได้มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภค เกลือและโซเดียมในประเทศ ไทย พ.ศ. 2559–2568 โดย ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30.00 ได้แนะนำว่าประชาชนควรบริโภคเกลือไม่น้อยกว่า 5 กรัม ต่อวัน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559) และในอำเภอหนองไผ่ ได้มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ตามนโยบาย

ของกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดการอบรมให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ให้ ความรู้ ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ในการลด การบริโภคเกลือและโซเดียม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 2 ปัจจัย ได้แก่ อายุ และความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหาร ซึ่ง การที่อายุมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในนักศึกษาพยาบาลอาจเนื่องมาจากผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น ตามระดับชั้นปีที่สูงขึ้น และมีความรู้เพิ่มขึ้น จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญและใส่ใจในการเลือกบริโภคอาหาร โดยคำนึงถึงหลักโภชนาการมากกว่ารสชาติที่ชอบรับประทาน ซึ่งผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชนี ถิระกุลฤทธิ์ (2558) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของครัวเรือน

นอกจากนี้ยังพบว่า ความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหารความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรวดี กาญจรัส (2557) และ พัชนี ถิระกุลฤทธิ์ (2559) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหารเกลือและโซเดียม โดยมีสถานที่มีการจัดให้สะดวกในการเลือกซื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ทั้งนี้กลุ่มนักศึกษาพยาบาล เป็นกลุ่มวัยรุ่น มีช่วงอายุระหว่าง 18-22 ปี เป็นกลุ่มผู้บริโภคที่สามารถสั่งอาหารจานด่วนที่มีบริการส่ง (delivery) นอกจากนี้นักศึกษาสามารถซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากตลาดใกล้เคียงจึงสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูง เป็นผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ ปรีศณี ศรีกัน และ คณะ (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของนักศึกษาและบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ พะเยา พบว่า นักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่ซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากผู้ขายมารับประทาน ซึ่งเป็นอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมสูงมากกว่าอาหารที่ปรุงสุกเอง เนื่องจากนักศึกษา กลุ่มดังกล่าวพักอยู่หอพักในวิทยาลัย และมีข้อจำกัดในการเลือกรับประทานอาหาร และตามแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Krueger, 1999) ความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือแหล่งอาหารเป็นปัจจัยเอื้อ (enabling factor) ที่สนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งแหล่งทรัพยากร และการมีบริการอุปกรณ์ตลอดจนสิ่งต่าง ๆ และความสามารถเข้าถึงบริการหรือทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะทาง การหาได้ง่าย และความสามารถเข้าถึงได้ (accessibility) สิ่งของที่เป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยในการแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น

นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ พะเยา ที่อาศัยอยู่ในหอพัก มีความรู้ และ พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีทัศนคติในการบริโภคเกลือโซเดียมอยู่ในระดับดี นักศึกษาสามารถเข้าถึงแหล่งอาหาร และได้รับข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ได้รับกระตุ้นเตือนจากบุคคลในการบริโภคเกลือโซเดียมอยู่ในระดับต่ำ ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการวิจัยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

ควรมีกิจกรรมการส่งเสริม ความรู้เรื่องผลกระทบต่อสุขภาพ ให้กับนักศึกษา เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมต่ำ และเพิ่มการเข้าถึงแหล่งอาหารและบริการที่หลากหลาย เช่น การจัดบริการ อาหารโซเดียมต่ำในร้านอาหารของวิทยาลัย เพื่อให้ นักศึกษามีตัวเลือกในการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมในปริมาณ น้อยได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมต่ำในนักศึกษา เพื่อให้นักศึกษา เกิดพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมต่ำ มีสุขภาพที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. (2562). *สถิติสาธารณสุข 2562*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ชลธิชา บุญศิริ, นพวรรณ เปียชื่อ, พรณวดี พุฒิมะ และ สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริม การบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของนักศึกษาพยาบาล. *วารสาร พยาบาล*, 32(3), 104-119.
- ประทุม เมืองเป้ และ วุฒิชัย จริยา (2023). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(1), 19-30.
- ปรีศณี ศรีกัน, สมศรี ทาทาน, วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล และ ชลธิมา ปิ่นสกุล. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง และปริมาณโซเดียมใน ปัสสาวะของนักศึกษาและบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี กรุงเทพ*, 34(3), 21-33.
- พชรวดี กาญจรัส. (2557). *การบริโภคโซเดียมในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ โรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์ ศรีสุพรรณจังหวัด ศรีสะเกษ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พัชนี ธีระกุลพทธี. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค เกลือโซเดียมของครัวเรือน ในตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง*. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
- วิชัย เอกพลากร. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิชัย เอกพลากร. (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.

- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. (2565). *คู่มือจัดการศึกษาประจำปีการศึกษา 2565* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
- สิริมนต์ ชายเกตุ. (2559) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโซเดียมจากอาหารที่บริโภคของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. *วารสารหน่วยวิจัยวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้*, 7(1),103-114.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *เอกสารหลักประกอบการพิจารณาติลิมขสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558: นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- Batcagan-Abueg, A. P. M., Lee, J. J., Chan, P., Rebello, S. A., & Amarra, M. S. (2013). Salt intakes and salt reduction initiatives in Southeast Asia: A review. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 22(4), 490–504.
- Best, J. (1977). *Research in Education*. New Jersey: Prentice Hall.
- Biswas, J., Haque, M.M., Mahbub, S., Md., Nurani, N.R., Shah, N.A., Barua, L., ... Zaman, M.M. (2020). Salt intake behavior among the undergraduate students of Bangladesh University of Health Sciences. *Journal of Xiangya Medicine*, 5(24), 1-8. doi: 10.21037/jxym-2
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.
- Chailimpamontree, W., Kantachuvesiri, S., Aekplakorn, W., Lappichetpaiboon, R., Thokanit, S.N., Vathesatogkit, P., ... Garg, R. (2021). Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population survey with 24-hour urine collections. *The Journal of Clinical Hypertension*, 23, 744–754. doi: 10.1111/jch.14147
- Colin-Ramires, E., Espinosa-Cuevas, A., Miranda-Alatraste., P.V., Tovar-Villegas, V.I., Arcand, J., & Correa-Rotter, R. (2017). Food sources of sodium intake in an adult Mexican population: A sub-analysis of the SALMEX study. *Nutrients*, 9(8), 810. doi: 10.3390/nu9080810
- Green, L., & Krueter, M. (1999). *Health Promotion Planning: An Education approach* (3rd ed.). Toronto: Mayfield Publishing.
- Ismail, L., Hashim, M., Jarrar, A. H., Mohamad, M. N., Daour, R. A., Rajaby, R. A., ... Dhaheri, A. S. A. (2022). Impact of a nutrition education intervention on Salt/Sodium related knowledge, attitude, and practice of university students. *Frontiers in Nutrition*, 9, 1-11. doi: 10.3389/fnut.2022.830262
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Roth, G. A., Johnson, C. O., Abajobir, A. A., Abd-Allah, F., Abera, S. F., Abyu, G. Y., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases for 10 causes, 1990 to 2015. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(1), 1–25. doi: 10.1016/j.jacc.2017.04.052

- Shah, K., Shah, H., Vijan, S., Kamat, S., Kirpalani, D., & Kirpalani, A. (2022). The salt study-salt intake in adolescents today. *Journal of Hypertension*, 40(Suppl 1), e153. doi: 10.1097/01.hjh.0000836892.98694.9d
- U.S. Department of Health and Human Services. (2016). New research: Excess sodium intake remains common in the United States. *Centers for Disease Control and Prevention*, 1, 1–2.

การประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอยในการดูแลบุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูง

รัตนกร เจริญกุล, พย.ม.^{1*} โยธกา เตชะปัญญา, พย.ม.¹

วรินทร์ จันทรมณี, พย.ม.²

บทคัดย่อ

บุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูงตั้งแต่ 2,500 เมตรเหนือระดับน้ำทะเลอาจมีอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันขึ้นได้ ซึ่งอาการดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ การเจ็บป่วยเฉียบพลันเนื่องจากแพ้พื้นที่สูงซึ่งไม่มีอันตรายร้ายแรง ภาวะสมองบวม และภาวะน้ำท่วมปอดเนื่องจากแพ้พื้นที่สูง ซึ่งทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ สาเหตุเกิดจากภาวะพร่องออกซิเจนจากความดันบรรยากาศที่ลดลง บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลักการดูแลบุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูงตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะดังกล่าวสามารถให้การดูแลบุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูงตั้งแต่ก่อนเดินทางไปจนถึงหลังเดินทาง เป็นการป้องกันอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันไม่ให้เกิดความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ พยาบาลควรประเมินสิ่งเร้าตรงสิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง ให้ครอบคลุม รวมทั้งฝึกการใช้แบบประเมิน Lake Louise Acute Mountain Sickness Score จะช่วยคัดกรองและจัดการกับอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ: อาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน, ทฤษฎีการปรับตัวของรอย, การพยาบาล

วันที่รับ: 2 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่แก้ไข: 13 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 14 ธันวาคม 2566

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: ratanakhorn.chareonkul@crc.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

The application of Roy Adaptation Model in nursing care for persons travelling to high altitude areas

Ratanakhorn Chareonkul, M.N.S.^{1*} Yotaka Techapanya, M.N.S.¹

Varinthon Jantaramanee, M.N.S.²

Abstract

Persons travelling to high altitude areas at least 2,500 meters above sea level may develop acute high-altitude sickness, which has three major symptoms. Those people could be faced with mild to severe symptoms like high-altitude cerebral edema or pulmonary edema, leading to death. The cause of acute high-altitude sickness is hypoxemia from the low atmospheric pressure. The purpose of this article is to present the principle of care for individuals travelling to high-altitude areas based on Roy Adaptation Model. This article anticipates providing health care professionals, especially nurses, with knowledge about these conditions related to taking care of persons traveling to high-altitude areas from pre-traveling to post-travelling, with the ultimate goal of preventing fatal deaths. The implications of the study for nurses are comprehensive assessments of stimuli (focal, contextual, and residual stimuli) and training in utilizing the Lake Louise Acute Mountain Sickness Score. Early screening is the key to managing acute high-altitude sickness.

Keywords: Acute high-altitude sickness, Roy Adaptation Model, Nursing care

Received: Feb 2, 2023 Revised: Dec 13, 2023 Accepted: Dec 14, 2023

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

* Corresponding author E-mail: ratanakhorn.chareonkul@crc.ac.th

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

อาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน (acute high altitude sickness: AHAS) เกิดจากภาวะออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำ (hypoxemia) จากการเดินทางไปยังพื้นที่สูง (high altitude area) ที่มีออกซิเจนในบรรยากาศลดลง โดยส่วนใหญ่ มักจะเกิดขึ้นในระดับความสูงตั้งแต่ 2,500 เมตร เหนือระดับน้ำทะเลปานกลาง (meter above mean sea level: MAMSL) ขึ้นไป โดยพื้นที่สูงแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความสูง 1,500-3,500 MAMSL สูงมาก 3,500-5,500 MAMSL และสูงที่สุด 5,500-8,850 MAMSL โดยบุคคลที่มีอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันจะเกิดอาการตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงขั้นสมองบวมเนื่องจากพื้นที่สูง (high altitude cerebral edema: HACE) หรือน้ำท่วมปอดเนื่องจากพื้นที่สูง (high altitude pulmonary edema: HAPE) ขึ้นได้ (Savioli et al, 2022)

อาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันมักพบในต่างประเทศเนื่องจากเป็นพื้นที่สูงกว่าประเทศไทย จากการรวบรวม ข้อมูลปัญหาสุขภาพของนักเดินทางจาก The Canadian International Water and Energy Consultants (CIWEC clinic) พบว่า ในประเทศเนปาลมีการเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับพื้นที่สูง ร้อยละ 9 ในจำนวนดังกล่าวมีการ เจ็บป่วยเฉียบพลันเนื่องจากแพ้พื้นที่สูงถึง ร้อยละ 50 โดยเกิดภาวะสมองบวมเนื่องจากแพ้พื้นที่สูง ร้อยละ 25 เกิดภาวะน้ำท่วมปอดเนื่องจากแพ้พื้นที่สูง ร้อยละ 16 และมีภาวะสมองบวมร่วมกับน้ำท่วมปอดเนื่องจากแพ้พื้นที่สูง ร้อยละ 9 (Pandey, Lee, Amatya, Angelo, Shlim, & Murphy, 2022) ส่วนประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยอย่างเป็นทางการเพียง 1 ราย เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการเกิดโรคน้ำท่วมปอดเนื่องจากแพ้พื้นที่สูงหลังเดินทาง กลับจากการท่องเที่ยวที่ประเทศจีน ซึ่งเป็นพื้นที่สูง 3,300 - 4,000 MAMSL (ชัยชนะ จันทรคิด, 2560)

ความรู้เกี่ยวกับอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากหากขาดความรู้จะไม่ทราบถึง อันตรายร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ และเนื่องจากเป็นศาสตร์เฉพาะทาง บุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งพยาบาลควรมี ความรู้ในเรื่องดังกล่าวเพราะอาจมีโอกาสดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน มีสาเหตุมาจากความ กดอากาศที่ลดลงเมื่อเดินทางไปยังพื้นที่สูง ทำให้ออกซิเจนเข้าสู่เซลล์ได้น้อยลง โดยที่แต่ละบุคคลจะมีความแตกต่าง กันในการปรับตัวต่อภาวะพร่องออกซิเจน สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย ดังนั้นการนำทฤษฎีการปรับตัว ของรอยมาประยุกต์ใช้ จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลบุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูงตามกระบวนการพยาบาลได้อย่าง เป็นองค์รวม บทความนี้จะเป็นการทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน 3 ลักษณะ ได้แก่ การเจ็บป่วย เฉียบพลันเนื่องจากแพ้พื้นที่สูง ภาวะสมองบวมเนื่องจากพื้นที่สูง และภาวะน้ำท่วมปอดเนื่องจากพื้นที่สูง พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน รวมทั้งการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model: RAM) ในการดูแลบุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูง ตั้งแต่ระยะก่อนเดินทางไปจนถึงหลังเดินทาง เพื่อให้พยาบาลสามารถนำความรู้ไปดูแลบุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูงได้ในทุกระยะของการเดินทาง มีความครอบคลุม ตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

อาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน

บุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูง มีโอกาสเกิดอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน โดยส่วนใหญ่จะมีอาการและอาการแสดง เพียง 1 ใน 3 ลักษณะ (Savioli et al, 2022) แต่บางรายอาจพบทั้งภาวะสมองบวมและน้ำท่วมปอดเนื่องจากอาการ แพ้พื้นที่สูงพร้อมกันทั้ง 2 อาการได้ แต่อาจพบได้น้อยมาก (Kumar, Rath & Verma, 2018) อาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน แบ่งเป็น 3 ลักษณะเด่นสำคัญ ได้แก่

1. การเจ็บป่วยเฉียบพลันเนื่องจากแพ้พื้นที่สูง (AHAS)

การเดินทางจากพื้นที่ต่ำไปยังพื้นที่สูงด้วยความรวดเร็ว (rapidly ascending) บุคคลมักจะเกิดอาการภายใน 4-12 ชั่วโมง ไปจนถึง 5 วันหลังเดินทาง ถ้าสามารถปรับตัวได้เมื่อพักอาการจะดีขึ้น (Savioli et al., 2022) เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้า มึนงง หายใจติดขัดเมื่อออกแรง ซีฟเร็ว (Massachusetts Institute of Technology, 2023) ง่วงนอน และอาการปวดศีรษะ ซึ่งจะมีลักษณะจำเพาะได้แก่ ปวดบริเวณขมับเป็นทั้ง 2 ข้างโดยอาการจะกำเริบขึ้นเมื่อออกแรงเคลื่อนไหว เกร็ง ไอ หรือ ก้ม อาการจะยิ่งแย่ลงเมื่อยิ่งเพิ่มระดับความสูงและจะทุเลาลงภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อลดระดับความสูง (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2018)

2. ภาวะสมองบวมเนื่องจากแพ้พื้นที่สูง (HACE)

การเดินทางไปยังพื้นที่สูงจนถึงขั้นมีภาวะสมองบวม นับว่าเป็นอาการรุนแรงจะพบอาการและอาการแสดงของสภาวะการรับรู้ที่บกพร่องจนไม่สามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ตามปกติเรียกว่า “clouded consciousness” หรือเป็นมากขึ้นจนมีความผิดปกติของการทรงตัว ซึ่งเมื่อเดินจะมีลำตัวส่ายไปมาเรียกว่า “truncal ataxia” และถ้าไม่มีการดูแลรักษาที่ถูกต้อง บุคคลจะมีสภาพหมดสติไม่ตอบสนองใด ๆ หรือสภาวะ coma ในระยะเวลาอันรวดเร็วจะเสียชีวิตในที่สุด (Berger, Schiefer, Treff, Sareban, Swenson, & Bärtsch, 2020)

3. ภาวะน้ำท่วมปอดเนื่องจากแพ้พื้นที่สูง (HAPE)

การเดินทางไปยังพื้นที่สูงจนถึงขั้นมีภาวะน้ำท่วมปอดผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก ไม่สามารถทนต่อการออกกำลังกายได้ (exercise intolerance) ร่วมกับมีอาการ เหนื่อยล้า ไอ และผิวน้ำและเยื่อต่าง ๆ เปลี่ยนเป็นสีคล้ำ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอัตราการเสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 50 (Woods & Alcock, 2021)

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน

เมื่อบุคคลเดินทางไปยังพื้นที่สูงอากาศจะเบาบางลง เนื่องจากความกดอากาศลดลงแปรผกผันกับความสูงของพื้นที่ ถ้าออกซิเจนที่มีอยู่ในบรรยากาศก็จะลดลงตามเช่นกัน ร่างกายจะเกิดกระบวนการปรับตัวทางสรีรวิทยา ซึ่งเป็นการปรับตัวต่อสภาพภูมิอากาศเรียกว่า “acclimatization” ที่ความสูง 1,500 MAMSL ภายในเวลาเพียงไม่กี่นาทีจนถึงชั่วโมงจะมีการปรับการหายใจ เริ่มต้นจากตัวรับทางเคมีของระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral chemoreceptor) คือ “aortic body” ที่อยู่บริเวณหลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) และ “carotid body” ที่อยู่บริเวณหลอดเลือดแดงแคโรติด รับรู้ภาวะออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำจะส่งสัญญาณไปยังศูนย์กลางการหายใจ (central respiratory center) ในก้านสมองส่วนท้าย (medulla oblongata) ให้เพิ่มการหายใจเข้าทั้งอัตราเร็วและความลึกให้ได้ออกซิเจนไปยังถุงลมปอดและขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกมาทางลมหายใจเมื่อหายใจออก ทำให้มีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือดต่ำ (hypocapnia) เกิดภาวะต่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) (Savioli et al., 2022) ร่างกายจึงปรับตัวเพื่อเพิ่มการไหลเวียนในปอด โดยระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) จะถูกกระตุ้นทำให้ความดันโลหิต (blood pressure) อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจต่อนาที (cardiac output) และความตึงของหลอดเลือดดำ (venous tone) เพิ่มขึ้น ระบบไหลเวียนเลือดผ่านปอด (pulmonary circulation) จะหดตัว ในขณะที่ระบบไหลเวียนเลือดทั่วร่างกาย (systemic circulation) ขยายตัว ภาวะพร่องออกซิเจนจะมีการเปลี่ยนเส้นทางการไหลของเลือด (re-route/shunt) ไปยังพื้นที่ที่มีออกซิเจนมากกว่าในเวลาไม่กี่นาที

ทำให้แรงดันหลอดเลือดแดงในปอดสูงขึ้นสูงสุดใน 2 ชั่วโมง (Tarry & Powell, 2017) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างค่าความดันย่อยของออกซิเจนในเลือด (partial pressure of oxygen: PaO₂) กับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation: sO₂) จากการวัดด้วยเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว (Fingertip Pulse Oximeter) จากกราฟการแตกตัวของออกซิเจนและเฮโมโกลบิน (Oxygen-hemoglobin dissociation curve) (Madan, 2017) PaO₂ ค่าปกติ 80-100 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) sO₂ ร้อยละ 95-100 หาก PaO₂ < 80 mmHg หมายถึงเลือดพร่องออกซิเจนเล็กน้อย การปรับตัวทางสรีรวิทยาจะเสร็จสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมง ที่ระดับความสูง < 2,100 MAMSL (Palubiski, O'Halloran, & O'Neill, 2020)

ถ้ายังมีภาวะเลือดพร่องออกซิเจนปานกลาง (moderate hypoxia) ซึ่งค่า PaO₂ น้อยกว่า 60 mmHg เป็นเวลา > 30-60 นาที หลอดเลือดจะปล่อยสารเอนโดทีลิน (endothelin) เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงในปอดหดตัว ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Tarry & Powell, 2017) ภาวะพร่องออกซิเจนยังทำให้โปรตีนที่ควบคุมกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดงและกระบวนการเผาผลาญสารอาหาร (hypoxia inducible factor: HIF) ไปกระตุ้นยีนจำนวนมากให้ตอบสนองต่อการทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ยีน ที่สร้างฮอริโมนอีริโทรโพอิติน (erythropoietin: EPO) ซึ่งอยู่ที่ไต จะกระตุ้นให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดง ภายใน 2 ชั่วโมงแรก และในระยะเวลาเป็นวันจะตรวจพบเม็ดเลือดแดงตัวอ่อนและเม็ดเลือดแดงใหม่ภายใน 4-5 วัน โดยภายใน 1-2 วัน ระดับของโปรตีนฮีโมโกลบิน (hemoglobin protein) ที่ทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจนบนเม็ดเลือดแดงจะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ HIF ยังไปกระตุ้นยีน vascular endothelial growth factor (VEGF) ให้สร้างหลอดเลือดใหม่ (angiogenesis) เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงร่างกาย (Savioli et al., 2022) นอกจากนี้ยังเกิดภาวะต่างจากการหายใจ ทำให้ไตขับเกลือจากกรดคาร์บอนิกในรูปของไบคาร์บอเนต (bicarbonate) ที่เกินออกและเก็บธาตุไฮโดรเจน (hydrogen ion) จากการแตกตัวของกรดไว้ หากตรวจปัสสาวะจะพบค่าความเป็นกรดต่างของปัสสาวะ (urine pH) เพิ่มขึ้น แสดงถึงการปรับตัวทางสรีรวิทยาไม่สมบูรณ์ (Palubiski, O'Halloran & O'Neill, 2020) ภาวะสมองบวมเนื่องจากพื้นที่สูงเป็นผลมาจากสารน้ำ จากหลอดเลือดฝอยมีการรั่วเข้าสู่เนื้อสมองส่วนใหญ่จะเกิดกับเนื้อสมองส่วนที่เป็นสีขาว (white matter) (Tarry & Powell, 2017) จะเกิดขึ้นภายใน 24-72 ชั่วโมง (Falla, Giardini, & Angelini, 2021) ส่วนภาวะน้ำท่วมปอดเนื่องจากพื้นที่สูงเกิดจากสารน้ำในหลอดเลือดฝอยในปอดรั่วเข้าสู่ถุงลมเช่นเดียวกับโปรตีนในเม็ดเลือดแดงที่มีการรั่วเข้าสู่ช่องว่างของถุงลม (alveolar space) (Woods & Alcock, 2021) ถ้ายังปล่อยให้ร่างกายมีภาวะพร่องออกซิเจนระดับรุนแรง (severe hypoxia) ซึ่งหากค่า PaO₂ น้อยกว่า 40 mmHg แล้วไม่ได้รับการแก้ไข บุคคลจะเสียชีวิตในที่สุด

การประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอยในการดูแลบุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูง

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนามาจากศาสตราจารย์นักทฤษฎีทางการพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา อธิบายว่า การปรับตัวของบุคคลมีความเป็นองค์รวม (holistic adaptive system) และเป็นระบบเปิด ประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (input) กระบวนการเผชิญปัญหา (coping process) สิ่งนำออก (output) และกระบวนการป้อนกลับ (feedback process) โดยแต่ละส่วนทำงานสัมพันธ์กัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกจะกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งเร้า นั้น ซึ่งทฤษฎีการปรับตัวของรอยประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 5 ด้าน ได้แก่ บุคคล (person) สิ่งแวดล้อม (environment) สุขภาพ (health) ระบบการปรับตัว (adaptive system) และการพยาบาล (nursing) (Aman & Bashir, 2019) ซึ่งทุกมโนทัศน์ จะมีความสัมพันธ์ เชื่อมโยงกัน

ถ้าสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับตัวนำไปสู่ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น โดยมีโน้ต 5 ด้าน มีดังนี้

บุคคล (person)

รอยอธิบาย “คน” ในบุคคลและกลุ่มคน เป็นระบบการปรับตัวที่เป็นองค์รวมและระบบเปิดที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล พลังงาน และสสารกับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา (Aman & Bashir, 2019) เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมปรับตัวเพื่อตอบสนองภาวะสุขภาพให้มีความสมดุล จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า บุคคลที่อาศัยบนพื้นที่สูงมานาน จะมีการปรับตัวด้านร่างกายเพื่อให้ทนต่อภาวะพร่องออกซิเจนแบบเรื้อรัง จนมีลักษณะทางกายภาพที่แตกต่างจากบุคคลที่อาศัยบนพื้นที่ลุ่มอย่างเด่นชัด เช่น การเปลี่ยนแปลงของปริมาตรของอากาศที่ปอดออกอย่างรวดเร็วแรง จนหมดหลังจากหายใจเข้าอย่างเต็มที่ (forced vital capacity: FVC) ความลึกของทรวงอก (chest depth) และความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง (Andre et al., 2021) ความดันของหลอดเลือดแดงในปอด และการทำหน้าที่ของหัวใจห้องซ้ายและขวา และค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) (Tymko et al., 2022)

สิ่งแวดล้อม (environment)

รอยอธิบายความหมายของสิ่งแวดล้อมคือทุกสิ่งที่อยู่รอบตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอก เป็นสิ่งนำเข้า (Input) ที่ไปกระตุ้นบุคคลให้รับมือเผชิญปัญหาและแสดงออกเป็นพฤติกรรม เรียกว่าสิ่งเร้า (stimuli) 3 ประเภท ได้แก่ สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) เป็นตัวกระตุ้นหลัก สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) เป็นตัวกระตุ้นรอง ถ้าเกิดร่วมกับสิ่งเร้าตรง อาจมีผลทั้งทางบวกในการลดอิทธิพลของสิ่งเร้าตรง หรือมีผลทางลบในการเพิ่มอิทธิพลของสิ่งเร้าตรงได้ และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) ที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล เช่น ทักษะ ความเชื่อ หรือเป็นประสบการณ์ในอดีต (Aman & Bashir, 2019) ซึ่งความสูงของพื้นที่เป็นสิ่งเร้าตรง หากมีสิ่งเร้าร่วมซึ่งส่งผลในทางลบจะยิ่งทำให้กระบวนการปรับตัวของบุคคลเป็นไปได้ยาก ยกตัวอย่างเช่น อุณหภูมิ ยิ่งสูงขึ้นไปอุณหภูมิยิ่งลดลงโดยเฉลี่ย 6.5 องศาเซลเซียสต่อระดับความสูงที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1,000 เมตร เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิของร่างกายต่ำ (hypothermia) รังสีอัลตราไวโอเล็ต (ultraviolet: UV) ที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4 ทุก ๆ 300 เมตร เพิ่มความเสี่ยงต่อผิวไหม้ มะเร็งผิวหนัง ตาพร่าชั่วคราวเนื่องจากแสงสะท้อนจากหิมะ (Gallagher, Hackett, & Rosen, 2022) ส่วนสิ่งเร้าแฝง เช่น ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันในอดีตจะมีผลต่ออาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันในครั้งปัจจุบัน จากการศึกษา พบว่า หากบุคคลเดินทางไปยังพื้นที่สูงระดับ 2,500-2,800 MAMSL ใน 1 วัน จะมีความเสี่ยงปานกลาง ถ้าเดินทางไปยังพื้นที่สูง > 2,800 MAMSL ใน 1 วัน จะมีความเสี่ยงสูง ที่จะเกิดอาการแพ้ (Luks et al., 2019)

สุขภาพ (health)

รอยอธิบายแนวคิดของ “สุขภาพ” ไม่ใช่การปราศจากโรค ความทุกข์ หรือความเครียด และความตายซึ่งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่สุขภาพหมายถึง ความสามารถที่จะปรับตัวกับสถานการณ์เหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม สุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ต้องอยู่ร่วมกัน (co-exist) (Aman & Bashir, 2019) ผู้ที่สุขภาพดีสามารถเดินทางไปยังพื้นที่สูงได้แต่ต้องมีระยะเวลาเพียงพอในการปรับตัว ส่วนผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจะมีข้อจำกัดในการเดินทางไปยังพื้นที่สูง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรก มีโรคประจำตัว ที่สามารถเดินทางไปยังพื้นที่สูงได้แต่ต้องได้รับการประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนเดินทาง เช่น ลมชัก พาร์กินสัน และไมเกรน (Falla, Giardini & Angelini, 2021) กลุ่มที่ 2 มีโรคประจำตัว ซึ่งควรหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังพื้นที่สูง เช่น หัวใจล้มเหลวที่อาการไม่คงที่ ภาวะชืด ความดันในหลอดเลือดแดงปอดสูง

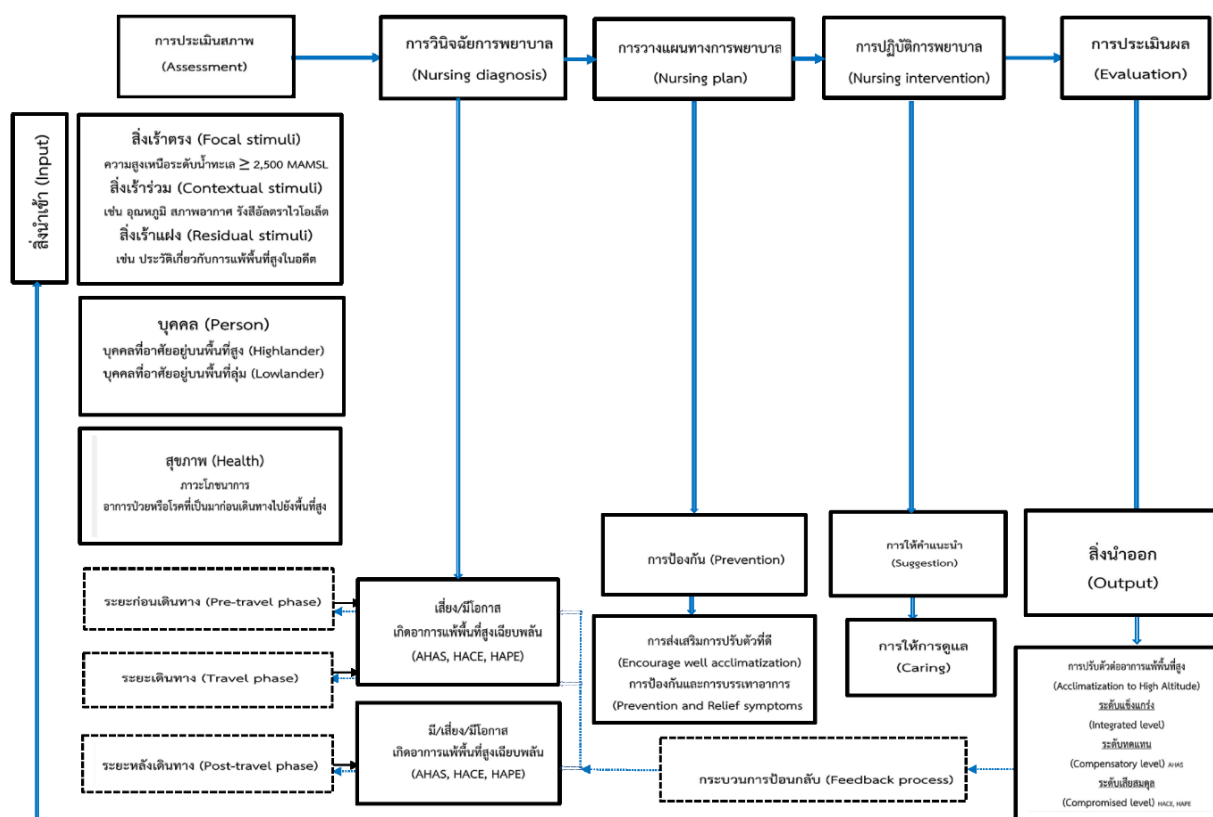
มีโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเสี่ยงสูง ความดันโลหิตสูงรุนแรง กลุ่มอาการหยุดหายใจขณะหลับ (Parati et al., 2018) โรคปอด โรคตับแข็ง เป็นต้น และกลุ่มสุดท้าย มีโรคที่ห้ามเดินทางไปยังพื้นที่สูงโดยเด็ดขาด เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ชนิดรุนแรง (Peter & Shlim, 2019) มีปัญหาทางระบบประสาทที่อาการไม่คงที่ เช่น เพิ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคเส้นประสาทจากเบาหวาน ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวภายใน 1 เดือน เนื้องอกในสมอง ความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ที่ทำให้ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วจนหมดหลังจากหายใจเข้าอย่างเต็มที่ลดลงมากกว่า ร้อยละ 60 (Falla, Giardini & Angelini, 2021)

ระบบการปรับตัว (adaptation system)

รอยอธิบายระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (input) ได้แก่ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง ไปกระตุ้นกลไกการควบคุม (regulator) ซึ่งได้แก่ สารเคมี ต่อมไร้ท่อ และระบบประสาท และกลไกการคิดรู้ (cognator) ของร่างกายซึ่ง ได้แก่ อารมณ์ ความคิด การรับรู้ กลไกทั้งสองจะทำงานควบคู่กันโดยอัตโนมัติ ทำให้บุคคลเกิดกระบวนการปรับตัว (adaptation processes) 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physiological mode) ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (interdependence mode) ได้ผลลัพธ์เป็นสิ่งนำออก (output) ซึ่งอาจปรับตัวสำเร็จ (adaptive response) หรืออาจไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective response) ก็ได้ เมื่อร่างกายรับรู้ก็จะเกิดการป้อนกลับ (feedback) กลับเป็นสิ่งนำเข้าใหม่ โดยที่ประสิทธิภาพในการปรับตัวของบุคคลจะมี 3 ระดับ (Aman & Bashir, 2019) ได้แก่ ระดับแข็งแกร่ง (integrated process) เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงมานานมีการปรับตัวจนพันธุกรรมเปลี่ยนแปลงทำให้ทนต่อการขาดออกซิเจนได้ดีขึ้น ระดับทดแทน (compensatory process) เป็นบุคคลที่ถ้าเกิดอาการแพ้พื้นที่สูงจะสามารถปรับตัวได้จนทุเลาและหายขาด และระดับเสียสมดุล (compromised process) เป็นบุคคลที่ปรับตัวไม่ได้ทำให้มีอาการและอาการแสดงของโรค ได้แก่ ภาวะสมองบวม เนื่องจากพื้นที่สูง และภาวะน้ำท่วมปอดจากการแพ้พื้นที่สูง

การพยาบาล (nursing)

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย กล่าวว่า การพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่เป็นวิทยาศาสตร์ มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมบุคคล ครอบครัว กลุ่ม หรือ สังคม ให้เกิดการปรับตัวที่ดี การพยาบาลมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล เมื่อนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลบุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูง สามารถนำมาใช้กับบุคคลตั้งแต่วัยก่อนเดินทาง ขณะเดินทาง และหลังเดินทาง อธิบายตามแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพยาบาลบุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูงที่ดัดแปลงจาก
แบบจำลองการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) (Aman & Bashir, 2019)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพ (assessment) ประกอบด้วย

1.1 การซักประวัติรายบุคคล (individual history taking) 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนเดินทาง (pre-travel) เดินทาง (travel) และหลังเดินทาง (post-travel) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่ออาการแพ้ที่รุนแรงเฉียบพลัน (วัชรพงศ์ ปิยะภาณี, 2561) เช่น ชื่อ-สกุล อายุ ที่อยู่ อาชีพ เป็นต้น รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทาง เช่น จุดเริ่มต้น-จุดหมาย-จุดพัก จำนวนผู้ร่วมเดินทาง วันเดินทาง ลักษณะการเดินทางและกิจกรรม เช่น แบกเป้ กลุ่มทัวร์

1.2 การประเมินสิ่งเร้าตรง คือ ความสูงของพื้นที่เหนือระดับน้ำทะเลปานกลาง ตัวอย่างพื้นที่สูงในต่างประเทศที่มีความเสี่ยงต่ออาการแพ้ที่รุนแรงเฉียบพลัน เช่น บริเวณรัฐในแถบเทือกเขาร็อกกี (Rocky mountain) เช่น โคโลราโด (Colorado) ไวโอมิง (Wyoming) เนวาดา (Nevada) แคลิฟอร์เนีย (California) ในทวีปอเมริกาเหนือ บริเวณเทือกเขาแอลป์ (Alps mountain) ในทวีปยุโรป เทือกเขาคิลิมันจาโร (Kilimanjaro mountain) ทวีปแอฟริกา เทือกเขาแอนดิส (Andes mountain) ในประเทศเปรู และ โบลิเวีย ทวีปอเมริกาใต้ (วัชรพงศ์ ปิยะภาณี, 2561) พื้นที่สูงในประเทศเนปาล ทิเบต อินเดีย จีน ภูฏาน เป็นต้น เพื่อประเมินความเสี่ยงต่ออาการแพ้ที่รุนแรงเฉียบพลัน และป้องกันอาการแพ้ที่รุนแรงเฉียบพลันไม่ให้เกิดขึ้นจากแผนการเดินทางที่ไม่เหมาะสม

1.3 การประเมินสิ่งเร้าร่วม ควรประเมินสิ่งเร้าร่วมที่เป็นผลทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งจะลดและเพิ่มอิทธิพลของสิ่งเร้าตรง เพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงเพิ่มขึ้น ยกตัวอย่างสิ่งเร้าร่วมที่ลดอิทธิพลของ

สิ่งเร้าตรง เช่น ความรู้เกี่ยวกับอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน อุปกรณ์และยาที่จำเป็น เพื่อนร่วมเดินทาง อุปกรณ์ให้ออกซิเจน ส่วนสิ่งเร้าร่วมที่เพิ่มอิทธิพลของสิ่งเร้าตรง เช่น อุณหภูมิต่ำ สภาพลมแรง พายุหิมะ แสงแดดจัด นอกจากนี้ควรซักประวัติทางสุขภาพ เช่น โรคประจำตัว การได้รับวัคซีน การผ่าตัดร่วมด้วย

1.4 การประเมินสิ่งเร้าแฝงทั้งทางบวกและทางลบ ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันในอดีตและลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล เช่น นิสัย ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพ การแสวงหาความรู้ เพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น ถ้าเคยมีอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันในอดีต จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันขึ้นได้อีก ส่วนลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล จะมีผลต่อพฤติกรรม การปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept group identity mode) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (interdependence mode)

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis)

บุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูงมีโอกาสเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้ ยกตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น มีโอกาสเกิดอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน เสี่ยงต่อภาวะสมองบวมเนื่องจากพื้นที่สูงจากแผนการเดินทางไม่เหมาะสม เกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan)

กำหนดเป้าหมายการพยาบาลได้แก่ 1. การป้องกันไม่ให้เกิดอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนการเดินทางให้เหมาะสม 2. วางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนโดยบริหารออกซิเจนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention)

4.1 ให้คำแนะนำและสร้างความตระหนักรู้ (conscious awareness) เพื่อให้นักเดินทางได้ วางแผนการเดินทางให้รัดกุมก่อนเดินทางเป็นการป้องกัน รวมทั้งการจัดการในกรณีที่เกิดอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันขึ้น

4.1.1 กิจกรรมที่มีความเสี่ยงในพื้นที่สูง เช่น ปีนเขา เดินป่า ควรขอรับคำปรึกษา จากแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยวประจำคลินิกนักท่องเที่ยว (travel clinic) ก่อนเดินทางประมาณ 4-8 สัปดาห์ เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีลักษณะเฉพาะและการเดินทางที่ต่างกัน (วัชรพงศ์ ปิยะภาณี, 2561)

4.1.2 ควบคุมอัตราการไต่พื้นที่สูงแบบค่อยเป็นค่อยไป (gradual ascent) เป็นการป้องกันการเกิดอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันที่ดีที่สุด (Luks et al., 2019) ไม่ควรเดินทางจากที่สูง 1,200 MAMSL ไปยังระดับความสูง > 3,500 MAMSL ภายในวันเดียว

4.1.3 หากไม่สามารถเดินทางไต่พื้นที่สูงแบบค่อยเป็นค่อยไปได้ ควรปรึกษาแพทย์ประจำคลินิกนักท่องเที่ยว เพื่อพิจารณาอะเซตาโซลามีด์ (Acetazolamide: Diamox[®]) เพื่อป้องกันการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน (The National Travel Health Network and Centre [NaTHNaC], 2023) โดยยาจะมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์คาร์บอนิกแอนไฮเดรส (carbonic anhydrase) ควบคุมการดูดกลับของโซเดียมไบคาร์บอเนต (NaHCO_3) จะกระตุ้นให้หายใจเร็วขึ้น ทำให้ไตขับ NaHCO_3 โพแทสเซียม (K^+) และน้ำ (H_2O) ออกทางปัสสาวะ เพิ่มการดูดกลับของไฮโดรเจนไอออน (H^+) ทำให้เลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) (Peter & Shlim, 2019) ห้ามใช้ยานี้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยา กลุ่มซัลฟา หรือ มีประวัติแพ้ยาชนิด กลุ่มอาการสตีเวนส์จอห์นสัน (Steven-Johnson syndrome) มาก่อน (Luks et al., 2019) อาจมีอาการไม่

พียงประสงค์ เช่น มีอาการชา (paresthesia) สูญเสียการรับรส (dysgeusia) และเหนื่อยล้า (fatigue) ต้น (Schmickl, Owens, Orr, Edwards, & Malhotra, 2020)

4.1.4 ยึดหลัก “ขึ้นสูง-นอนต่ำ” (climb high-sleep low) คือ การเดินทางไปยังพื้นที่สูงจะต้องพักหลับในพื้นที่ที่มีระดับความสูงต่ำกว่า ความต่างของระดับไม่ควรเกิน 500 เมตรต่อวัน ระดับพื้นที่สูง > 3,000 MAMSLS ควรมีวันหยุดพักทุก 3-5 วัน (Peter & Shlim, 2019) อาจคำนวณระดับความสูงคร่าว ๆ จากระดับความสูงของพื้นที่หารด้วยจำนวนวันที่ขึ้นสู่พื้นที่สูง ควรน้อยกว่า 500 MAMSLS ต่อวัน (NaTHNaC, 2023)

4.1.5 การฝึกปรับตัวในกระโจมซึ่งมีแรงดันบรรยากาศน้อยกว่าปกติ (hypoxic tent) มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันและฝึกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายสัปดาห์ จะช่วยป้องกันอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันได้ แต่ถ้าฝึกเป็นระยะเวลาอันสั้น ฝึกไม่บ่อย หรือฝึกเพียงการออกกำลังกาย (exercise training) จะไม่ได้ผล (Luks et al., 2019)

4.1.6 การจัดการสิ่งเร้าแฝง เช่น กิจกรรมเดินป่า (trekking) ควรไปกับมัคคุเทศก์ที่มีประสบการณ์ (NaTHNaC, 2023) มีทีมพร้อมกับอุปกรณ์ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา อุปกรณ์สื่อสาร ยานพาหนะ แนะนำการเตรียม ยา เสื้อผ้าที่เหมาะสมกับฤดูกาลและกิจกรรม รวมทั้งเครื่องใช้จำเป็นต่าง ๆ การฉีดวัคซีนก่อนการเดินทางไปยังประเทศเป้าหมาย

4.1.7 การเดินทางไปยังพื้นที่สูง อาจส่งผลต่อความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (mental fatigue) ทำให้กลไกการป้องกันตนเองลดลง (Ruffini & Cera, 2020) และถึงแม้จะมีสิ่งเร้าแฝงในเชิงบวกทดแทน บุคคลก็ยังมีโอกาสเกิดความผิดปกติทางจิตเนื่องจากพื้นที่สูง (high altitude psychosis) เช่น ประสาทหลอน หลงผิด บุคลิกภาพแปลกแยกขึ้นได้ โดยอาจเกิดร่วมกับภาวะสมองบวมเนื่องจากพื้นที่สูงหรือไม่ก็ได้ (Hüfner et al, 2018) และต้องพึงระวังหากเกิดภาวะสมองบวมเนื่องจากพื้นที่สูงอาจทำให้สังเกตพฤติกรรมได้ยาก บุคคลอาจไม่สื่อสารหรือแสดงออกถึงการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นให้เห็นอย่างเด่นชัด ควรเน้นการสังเกตอาการ ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และรีบให้การช่วยเหลือทันที (close observe, caring & management) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดทุเลารักษาล่าช้าจนถึงขั้นเสียชีวิต

4.2 สอนนักเดินทางและ/หรือเพื่อนร่วมเดินทางให้ใช้แบบประเมินตนเองเพื่อคัดกรองอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันโดยใช้แบบประเมิน Lake Louise Acute Mountain Sickness Score ที่พัฒนาโดย Roach et al. (2018) เพื่อใช้คัดกรองอาการและความรุนแรงของอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันโดยเริ่มพัฒนาแบบประเมินตั้งแต่ปี 1991 และนำไปทดลองใช้ในหลากหลายประเทศ เช่น อิตาลี แคนาดา เยอรมัน เป็นต้น โดยแบบประเมินเริ่มใช้เมื่อขึ้นที่สูงตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป แบบประเมินประกอบด้วย 5 อาการได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ เหนื่อยล้า มึนงงหรือเวียนศีรษะ จำแนกความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ เล็กน้อย (mild) 3-5 คะแนน ปานกลาง (moderate) 6-9 คะแนน และรุนแรง (severe) 10-12 คะแนน (Roach et al., 2018)

4.3 ให้การดูแลนักเดินทางและ/หรือเพื่อนร่วมเดินทาง เมื่อเกิดอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน ทั้งในขณะเดินทางและหลังเดินทาง ให้หยุดเดินทางไปยังพื้นที่ที่สูงกว่า ควรพักผ่อน ให้อาบน้ำอุ่น หากมีอาการ ถ้าไม่ดีขึ้นให้ลงจากพื้นที่สูงทันทีและรักษาตัวต่อในโรงพยาบาล หรือในสถานการณ์ฉุกเฉินหากมีอุปกรณ์แบบพกพาที่เรียกว่า “GAMOW BAG” (portable hyperbaric chamber) มีลักษณะเป็นถุงปิดด้วยซิปลงไปนอนได้ทั้งตัว มีวาล์วทำให้พองลมด้วยที่เหยียบ (foot pump) จะช่วยลดระดับความสูงได้สูงสุด 2,802 เมตร (9,195 ฟุต) (Hyperbaric technologies inc., 2011) ถ้ามีภาวะสมองบวม ให้ผู้ช่วยเหลือนำผู้ป่วยลงจากพื้นที่สูงทันที ให้ออกซิเจนทางจมูก (O₂ cannula) หรือ ให้ออกซิเจนแบบ

หน้ากาก (O₂ mask) ในอัตราที่เพียงพอต่อการบรรเทาอาการและแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนจนระดับของ sO₂ มากกว่าร้อยละ 90 (Luks et al., 2019) ทั้งนี้ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิต

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (evaluation) ประเมินการพยาบาลที่ให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการหรือไม่ ถ้าบุคคลยังคงมีปัญหาการปรับตัวอยู่ พยาบาลจะต้องประเมินสภาพใหม่อีกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลและสิ่งเร้าเพิ่มเติม จนกระทั่งเป้าหมายการพยาบาลทุกอย่างบรรลุผลตามที่ตั้งไว้ ยกตัวอย่างผลการประเมิน เช่น แผนการเดินทางมีความเหมาะสมไม่มีความเสี่ยงต่อการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลัน อาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันทุเลาสามารถเดินทางไปยังพื้นที่สูงต่อไปได้ ไม่เกิดภาวะสมองบวมเนื่องจากแพ้พื้นที่สูง สามารถปรับตัวต่อภาวะพร่องออกซิเจนได้ เป็นต้น

สรุป

อาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันอาจเกิดกับบุคคลที่เดินทางไปยังพื้นที่สูงตั้งแต่ 2,500 เมตรเหนือระดับน้ำทะเลแล้วไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะพร่องออกซิเจนในบรรยากาศที่ลดลงได้ พยาบาลสามารถประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาใช้ในการดูแลนักท่องเที่ยวให้มีความครอบคลุมตั้งแต่ก่อนเดินทางไปจนถึงหลังเดินทาง ตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้อาการพร่องออกซิเจนมีความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตจากภาวะสมองบวมและน้ำท่วมปอดเนื่องจากแพ้พื้นที่สูง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

แม้ว่าอาการแพ้พื้นที่สูงจะไม่พบบ่อยในประเทศไทย แต่พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีความรู้และตระหนักถึงอันตรายจากอาการแพ้พื้นที่สูง โดยพยาบาลควรประเมินสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง ให้ครอบคลุม รวมทั้งฝึกการใช้แบบประเมิน Lake Louise Acute Mountain Sickness Score จะช่วยคัดกรองและจัดการกับอาการแพ้พื้นที่สูงเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

- ชัยชนะ จันทรคติ. (2560). ภาวะ High altitude pulmonary edema (HAPE) ในโรงพยาบาลพุทธโสธร: รายงานผู้ป่วยหายากในประเทศไทย. *วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร*, 33(3-4), 127-130.
- วัชรพงศ์ ปิยะภาณี. (2561). *เวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว* (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Aman, M. & Bashir, J. (2019). Roy's adaptation model of nursing. *International Journal of Scientific Development and Research*, 4(1), 283-287.
- André, M., Brucato, N., Plutniak, S., Kariwiga, J., Muke, J., Morez, A., ... Ricaut, F.X. (2021). Phenotypic differences between highlanders and lowlanders in Papua New Guinea. *Plos One*, 16(7), 1-19.

- Berger, M., Schiefer, M., Treff, G., Sareban, M., Swenson, R., & Bärtsch, P. (2020). Acute high-altitude illness: updated principles of pathophysiology, prevention, and treatment. *German Journal of Sports Medicine*, 71, 267-274.
- Falla, M., Giardini, G., & Angelini, C., (2021). Recommendations for traveling to altitude with neurological disorders. *Journal of Central Nervous System Disease*, 13, 1-18.
- Gallagher, S. A., Hackett, P., & Rosen, J. M. (2022). *High altitude illness: Physiology, risk factors, and general prevention*. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/high-altitude-illness-physiology-risk-factors-and-general-prevention>
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. (2018). *The International Classification of Headache Disorders* (3rd ed.) (ICHD-3). Retrieved from <https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2020/05/ICHD-3-Pocketversion.pdf>
- Hüfner, K., Brugger, H., Kuster, E., Dünsser, F., Stawinoga, A., Turner, R., ... Unterweger, B.S. (2018). Isolated psychosis during exposure to very high and extreme altitude – characterization of a new medical entity. *Psychological Medicine*, 48(11), 1872-1879.
- Hyperbaric technologies inc. (2011). *Training and reference manual, The first portable hyperbaric chamber for the treatment of acute mountain sickness*. Retrieved from <https://amga.com/wp-content/uploads/2013/09/Gamow-bag-specs.pdf>
- Kumar, D., Rath, T. K., & Verma, L. C. (2018). Occurrence of high altitude cerebral edema (hace) and high altitude pulmonary edema (HAPO) simultaneously at 12000 ft: a rare phenomenon. *Journal of Advances in Medicine*, 5(4), 1075-1077. doi: 10.18203/2349-3933.ijam20183151
- Luks, A. M., Auerbach, P. S., Freer, L., Grissom, C. K., Keyes, L. E., McIntosh, S., ... Hackett, P. H. (2019). Wilderness medical society clinical practice guidelines for the prevention and treatment of acute altitude illness: 2019 update. *Wilderness & Environmental Medicine*, 30(4), S3–S18. doi: 10.1016/j.wem.2019.04.006
- Madan, A. (2017). Correlation between the levels of SpO₂ and PaO₂. *Lung India*, 34(3), 307-308. doi: 10.4103/lungindia.lungindia_106_17
- Massachusetts Institute of Technology. (2023). *Fact sheet: altitude sickness*. Retrieved from <https://ehs.mit.edu/wp-content/uploads/EHS-0174.pdf>
- Palubiski, L. M, O'Halloran, K. D., & O'Neill, J. (2020). Renal physiological adaptation to high altitude: a systematic review. *Frontiers in Physiology*, 11, 1-17. doi: 10.3389/fphys.2020.00756
- Pandey, P., Lee, K., Amatya, B., Angelo, K. M., Shlim, D. R., & Murphy, H. (2021). Health problems in travellers to Nepal visiting CIWEC clinic in Kathmandu - A GeoSentinel analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 40, 101999. doi: 10.1016/j.tmaid.2021.101999

- Parati, G., Agostoni, P., Basnyat, B., Bilo, G., Brugger, H., Coca, A., ... Torlasco, C. (2018). Clinical recommendations for high altitude exposure of individuals with pre-existing cardiovascular conditions. *European Heart Journal*, 39(17), 1546–1554. doi: 10.1093/eurheartj/ehx720
- Peter, H. & Shlim, D. (2019). High Elevation Travel & Altitude Illness. In Nemhauser, J. D. (Eds.), *CDC Yellow Book 2024: Health Information for International Travel*. USA: U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/noninfectious-health-risks/high-altitude-travel-and-altitude-illness>
- Roach, R. C., Hackett, P. H., Oelz, O., Bärtsch, P., Luks, A. M., MacInnis, M. J., ... Baillie, J. K. (2018). The 2018 Lake Louise Acute Mountain Sickness score. *High Altitude Medicine & Biology*, 19(1), 4–6. doi: 10.1089/ham.2017.0164
- Ruffini, R., & Cera, N. (2020). Mental fatigue and emotional states following high altitude hypoxia exposure. *Journal of Psychopathology*, 26(3), 218-224.
- Savioli, G., Ceresa, I., Gori, G., Fumoso, F., Gri, N., Floris, V., ... Zanza, C., (2022). Pathophysiology and therapy of high-altitude sickness: practical approach in emergency and critical care. *Journal of Clinical Medicine*, 11(14), 1-18.
- Schmickl, C., Owens, R., Orr, J., Edwards, B., & Malhotra, A. (2020). Side effects of acetazolamide: a systematic review and meta- analysis assessing overall risk and dose dependence. *BMJ Open Respiratory Research*, 7(1), 1-13.
- Tarry, D., & Powell, M. (2017). Hypoxic vasoconstriction. *BJA Education*. 17(6), 208-13.
- The National Travel Health Network and Centre: [NaTHNaC]. (2023). *Altitude illness*. Retrieved from <https://travelhealthpro.org.uk/disease/12/altitude-illness>
- Tymko, M., Willie, C., Howe, C., Hoiland, R., Stone, R., Tymko, K., ... Ainslie, P. (2022). Acid-base balance at high altitude in lowlanders and indigenous highlander. *Journal of Applied Physiology*, 132(2), 575-80.
- Woods, P., & Alcock, J. (2021). High-altitude pulmonary edema. *Evolution, Medicine & Public Health*, 9(1), 118–119. doi: 10.1093/emph/eoaa052

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพเรื่องกัญชา: การป้องกันปัญหาและผลกระทบ ด้านสุขภาพของประชาชน

พรวิทย์ คำหลวง, ส.ด.^{1*}

บทคัดย่อ

กัญชาในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายการพิจารณาเปลี่ยนแปลงจากยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เป็นสมุนไพรควบคุม ทำให้กัญชากลายเป็นสมุนไพรที่บุคคลสามารถเข้าถึงได้ง่ายมากขึ้น จึงอาจทำให้เสี่ยงต่อผลกระทบจากการไม่พึงประสงค์ จากการได้รับกัญชาเกินปริมาณที่กำหนดจนอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพในที่สุด ดังนั้น การสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนเกี่ยวกับกัญชาจึงเป็นเรื่องสำคัญมากในยุคปัจจุบัน เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพทำให้บุคคลเกิดการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ ครอบคลุมสุขภาพทุกมิติ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรมีความตระหนักเรื่องผลกระทบด้านสุขภาพ และมีการประเมินผลกระทบอย่างรอบด้าน เพื่อสร้างพฤติกรรมการใช้กัญชาอย่างเหมาะสมสำหรับประชาชน บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาในประชาชนและบุคลากรการแพทย์ ในการป้องกันปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพจากการใช้กัญชา

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, กัญชา, ปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพ, กัญชาเสรี

วันที่รับ: 20 พฤศจิกายน 2566 วันที่แก้ไข: 22 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 28 ธันวาคม 2566

¹ แพทย์แผนไทยชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อสวก อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: amperepavee@gmail.com

Enhancing health literacy on cannabis: Preventing issues and health impact on the population

Pornpavee Khamluang, Dr.P.H.^{1*}

Abstract

The current era of legal changes to cannabis is considered a shift from a category 5 drugs to a controlled herb. This transformation of this herb leads to increased accessibility for individuals and increased encounters with adverse effects from overconsumption of cannabis, resulting in negative health impacts. Therefore, enhancing health literacy on cannabis is a crucial strategy for individuals in the present, because health literacy can support individuals in developing comprehensive skills across all dimensions of health. Consequently, healthcare providers should focus more consideration on the health impacts and conduct overall evaluations to encourage appropriate cannabis consumption behaviors among individuals. The purpose of this article is to present the guidelines for improved cannabis health literacy for both individuals and health personnel, addressing preventing cannabis issues and their impact on cannabis use.

Keywords: Health literacy, Cannabis, Problems and health effects, Free cannabis

Received: Nov 20, 2023 Revised: Dec 22, 2023 Accepted: Dec 28, 2023

¹ Thai Traditional Medicine, Professional, Bosuak Health Promoting Hospital, Mueang Nan, Nan

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

บทนำ

กัญชาเป็นพืชที่ถูกนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์มาอย่างยาวนานมาหลายพันปี โดยมีหลักฐานยืนยันการค้นพบตั้งแต่ก่อนคริสตศักราช กัญชาได้ถูกบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งจากโบราณคดี ในตำราโบราณ และตำรายาอายุรเวท (Pisanti & Bifulco, 2019) โดยหลายศตวรรษที่ผ่านมาถูกนำมาใช้เพื่อประโยชน์หลายด้าน และปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกเปิดช่องทางกฎหมายเพื่อนำกัญชามาใช้ประโยชน์และประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายโดยกัญชาได้รับการพิจารณาเปลี่ยนจากยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5 ให้เป็นสมุนไพรควบคุม และให้ความหมายของ “กัญชา” ซึ่งมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Cannabis sativa* L. หมายถึงทุกส่วนของพืชไม่ว่าจะเจริญเติบโตในแต่ละส่วนไหนของต้นกัญชาก็ตาม (Mead, 2019) คุณสมบัติของกัญชาเป็นพืชที่มีพลวัตทางชีวเคมีซึ่งผลิตสารเคมีมากกว่า 400 ชนิด และมีสารแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) มากกว่า 60 ชนิด และกัญชายังประกอบด้วยโครงสร้างฟินอลเทอร์พีน จำนวนมาก (Sandler, Beckerman, Whitford, & Gibson, 2019) สารประกอบที่ออกฤทธิ์มากที่สุด คือ แคนนาบินอยด์ เป็นกลุ่มของสารประกอบ เทอร์พีนฟินอล ส่วนใหญ่สะสมอยู่ในโพรงไตรโคมของดอกเพศเมีย อุดมไปด้วยสาร tetrahydrocannabinol (THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยตรง (Bonini et al., 2018)

กฎหมายควบคุมกัญชากำลังพัฒนาไปทั่วโลก รวมถึงรูปแบบการใช้ที่เปลี่ยนไป กัญชาถูกนำมาใช้เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจหรือเพื่อการสันทนาการอย่างแพร่หลายมากที่สุดในโลก เนื่องจากกัญชามีสาร THC ซึ่งออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยตรง จึงอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ความวิตกกังวล ความหวาดระแวง ประสิทธิภาพการทำงานของจิตบกพร่อง และความผิดปกติทางสติปัญญา (Bloomfield et al., 2019) ในขณะที่สาร cannabidiol (CBD) ในกัญชาทำให้คลายความวิตกกังวล ผ่อนคลายสงบ และไม่มีผลต่อจิตประสาท การเปลี่ยนแปลงด้านนโยบาย สำหรับประเทศไทยมีประกาศของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 พ.ศ. 2563 (เล่ม 137 ตอนพิเศษ 290 ง ราชกิจจานุเบกษา, 14 ธันวาคม 2563, หน้า 33) ยกเว้นให้วัตถุหรือสารกัญชาเฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศไม่เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ได้แก่ 1. กิ่งก้าน เปลือก ลำต้น เส้นใย และราก 2. ใบที่ไม่มีช่อดอกหรือยอดติด 3. สารสกัดที่มีแคนนาบิไดรอล (Cannabidiol, CBD) และมีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักและ 4. เศษหรือกากที่เหลือจากการสกัดและต้องมียา Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 มิลลิกรัม” (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2563, 2563) โดยล่าสุดกระทรวงสาธารณสุขได้มีประกาศเพิ่มเติมประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 เมื่อ 23 พฤศจิกายน 2565 “โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 ลงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ที่ได้ประกาศให้กัญชาเป็นสมุนไพรควบคุมที่มีค่าต่อการศึกษาหรือวิจัย หรือมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน ประกอบกับได้มีการปรับเปลี่ยนระบบการกำกับดูแลกัญชาจากยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 เป็นสมุนไพรควบคุมซึ่งในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ควรมีการควบคุมไม่ให้นำกัญชาเฉพาะส่วน ที่เป็นช่อดอกไปใช้ในทางที่ผิดวัตถุประสงค์ของการคุ้มครองและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร” (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565, 2565) จากการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมาย ทำให้การเข้าถึงกัญชาง่ายมากขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุข รูปแบบการใช้

กัญชา รวมถึงอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ร่วมกับสารอื่น ๆ เช่น แอลกอฮอล์ ฝิ่น และยาสูบ (พลฐวัช วงษ์พิริยชัย และ ธานี วรภัทร์, 2565)

จากการที่กัญชาได้ถูกนำมาใช้โดยประชาชนเพิ่มมากขึ้น อาจจะมีประชาชนบางกลุ่มที่นำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น การใช้กัญชาในทางที่ผิดของกลุ่มวัยรุ่นมีเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่การใช้กัญชาทางการแพทย์ มีการใช้กัญชาในการรักษา โดยเฉพาะใช้กัญชาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและการใช้กัญชาในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง โดยพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่พบอาการไม่พึงประสงค์อยู่ค่อนข้างมาก โดยอาการที่พบมากที่สุด คือ อาการวิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 9.7 และปากแห้ง ร้อยละ 7.1 (Abuhasira, Schleider, Mechoulam, & Novack, 2018) เนื่องจากกัญชาถูกนำมาใช้รักษาอาการทางการแพทย์ จึงทำให้ทัศนคติ มุมมองที่มีต่อกัญชาเปลี่ยนแปลงไป และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปในหลายพื้นที่ทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ยอมรับให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้นโยบายกัญชาทางการแพทย์มีความแตกต่างกัน และไม่มีมาตรฐานสากลเกี่ยวกับวิธีการที่ดีที่สุดในการควบคุมเรื่องนี้ การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์จึงมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ (Schlag, Hindocha, Zafar, Nutt, & Curran, 2021) กัญชาทางการแพทย์ กำลังพัฒนาอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมีความต้องการใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งตอบสนองต่อสารสกัดกัญชาที่มีส่วนประกอบของสาร CBD และพบว่า ร้อยละ 71 ของผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีหลักฐานสนับสนุนถึงประสิทธิภาพของสาร CBD ที่ได้จากกัญชา ในการรักษาอาการปวดเรื้อรังและเฉียบพลัน ความผิดปกติของการนอนหลับ เส้นโลหิตตีบ โรคกรดไหลย้อนในทางเดินอาหาร อาการลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome: IBS) อาการเกร็ง ความดันโลหิตสูงและโรคจิตเภท (Aliferis & Bernard-Perron, 2020) อย่างไรก็ตามการใช้กัญชาในผู้สูงอายุและผู้ป่วยประคับประคองยังต้องมีความระมัดระวัง เนื่องจากยังขาดหลักฐานสนับสนุนที่เพียงพอ

ผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านกฎหมายของกัญชา ทำให้ความชุกของการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นในทุกเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา เช่น ทั้งในรูปแบบสารสกัดจากกัญชา กัญชาในรูปแบบสมุนไพร และกัญชาในอาหารและเครื่องดื่ม มีการใช้อย่างแพร่หลายและได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น เนื่องจากกัญชาได้รับการพิจารณาอนุญาตให้ใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ได้มากขึ้น (Goodman, Wadsworth, Leos-Toro, & Hammond, 2020) และกัญชายังเป็นพืชที่มีมูลค่าทางการตลาดต่างประเทศสูงหลายพันล้านดอลลาร์ มูลค่าทางเศรษฐกิจรวมกันของตลาดกัญชาทั่วโลกที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายอยู่ที่ประมาณ 214-344 พันล้านดอลลาร์ และคาดว่าจะเติบโตอย่างมากภายในปี 2568 (Wartenberg et al., 2021) ปัจจุบันตลาดกัญชากำลังเติบโตมีรายงาน พบว่า วัยรุ่นสามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่ายขึ้น โดยวัยรุ่นส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบบุหรี่จากกัญชาเป็นวิธีแรกมากถึง ร้อยละ 95 ซึ่งสาร THC ที่อยู่ในกัญชายังคงอยู่ในร่างกาย ประมาณ 48 ชั่วโมง หลังจากการสูบบุหรี่ (Joseph & Vettrano, 2020)

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชา สำหรับประชาชนทั่วไป รวมถึงบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งประเด็นการนำเสนอ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับกัญชา การใช้กัญชาทางการแพทย์ ผลกระทบของกัญชา การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกัญชา การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกัญชา ด้วยวิธีการส่งเสริม digital health literacy การประยุกต์แนวทางการส่งเสริม digital health literacy เรื่องกัญชา บทบาทบุคลากรด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชา ซึ่งจะสามารถสร้างความตระหนักในการใช้กัญชาอย่างเหมาะสม และสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้กัญชามากขึ้น เป็นแนวทางในการใช้กัญชา

อย่างปลอดภัยสำหรับประชาชนทั่วไป และเป็นแนวทางในการให้ความรู้กับประชาชนสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันผลกระทบจากกัญชาที่มีต่อสุขภาพประชาชนในภายภาคหน้าได้

คุณสมบัติของกัญชา

กัญชา (*Cannabis sativa* L.) เป็นชื่อสกุลของพืชที่มีหลายสายพันธุ์ กัญชาเป็นพืชที่มีความเก่าแก่และถูกใช้มานาน ตั้งแต่ครั้งประวัติศาสตร์ กัญชาสะสมสาร cannabinoids และสารนี้สามารถออกฤทธิ์ทางจิต ประสาทได้ สารแคนนาบินอยด์ ที่ผลิตได้ปริมาณมากในกัญชา คือ เตตระไฮโดรแคนนาบินอล THC; หรือ Δ^9 -tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC หรือ THC) และ cannabidiol (CBD) โดยสารแคนนาบินอยด์ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบจิตประสาทมากที่สุด คือ สาร THC (Bilodeau, Wu, Rufyikiri, MacPherson, & Lefsrud, 2019) กัญชา ยังเป็นพืชที่มีโดนามิกทางชีวเคมีที่ผลิตสารเคมี มากกว่า 400 ชนิด และมีสาร CBD ที่แตกต่างกันกว่า 60 ชนิด และยังเป็นพืชที่เก่าแก่ที่สุดที่ใช้เป็นอาหาร ยารักษาโรค หรือใช้ในพิธีกรรมต่าง ๆ และสำหรับต้นกัญชาเพศเมียมีคุณสมบัติออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมด้วย (Sandler et al., 2019) ปัจจุบันมีการใช้กัญชาอย่างแพร่หลาย เช่น การใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และการใช้กัญชาในรูปแบบอื่น ๆ โดยเฉพาะการใช้ในทางการแพทย์

กัญชาทางการแพทย์

กัญชาถูกนำมาใช้ในทางการแพทย์อย่างแพร่หลาย เพื่อแก้ไขปัญาสุขภาพของประชาชน โดยภาครัฐได้กำหนด ขอบเขตทางกฎหมายที่ขยายมากขึ้น และให้การสนับสนุนการให้บริการกัญชาทางการแพทย์และเปิดช่องทางการเข้าถึง บริการกัญชาทางการแพทย์มากขึ้น ทั้งนี้ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากคุณสมบัติของกัญชาในการรักษาโรคเริ่มเป็นที่รู้จักและยอมรับมากขึ้น โดยกัญชาทางการแพทย์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ Type I กัญชาชนิดนี้ให้สาร THC เด่นเฉพาะ Type II เป็นชนิดที่ให้สาร THC และ CBD ในสัดส่วนที่เท่ากัน และ Type III ชนิดนี้ให้สาร CBD เด่นกว่า นอกจากนี้ ยังพบว่า สารสกัดจากกัญชามีประสิทธิภาพในการลดความถี่ของการเกิดภาวะไมเกรนได้ กัญชาสามารถรักษาอาการต่าง ๆ ได้มากมาย เนื่องจากสามารถออกฤทธิ์ผ่านระบบ เอ็นโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoid system: ECS) ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสรีรวิทยาหลายอย่าง การนำกัญชามาใช้เพื่อการบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับอาการของแต่ละบุคคล เพื่อปรับปรุงผลการรักษา ในขณะที่เดียวกันก็สามารถช่วยลดปริมาณยาให้เหลือน้อยที่สุด (Procaccia et al., 2022) ปัจจุบันกัญชาถูกใช้ในการรักษาโรคต่าง ๆ มากขึ้นการใช้ที่พบบ่อยที่สุด คือ ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง อาการปวดเรื้อรัง (ที่ไม่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง) อาการปวดที่เกี่ยวข้องกับเส้นเลือดตีบ กัญชายังใช้เพื่อลดการอักเสบ และบรรเทาอาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาท เช่น โรควาร์กิ้นสัน โรคอัลไซเมอร์ และโรคลมชัก นอกจากนี้กัญชา ยังมีประสิทธิภาพในการรักษาความผิดปกติของการกิน เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักลดมากกว่า ร้อยละ 10 ร่วมกับ มีภาวะลดลงของกล้ามเนื้อและไขมัน (cachexia) ผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหารร่วมกับการลดลงของแคลอรีที่ร่างกาย ได้รับ (anorexia) (Koltai & Namdar, 2020) กล่าวโดยสรุปกัญชามีประโยชน์ในทางการแพทย์ แต่ยังคงต้องมีการศึกษาวิจัย ที่หลากหลายเพื่อเป็นหลักฐานสนับสนุนการใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ในอนาคต

ผลกระทบของกัญชา: ปัญหาหรือผลกระทบที่พบบ่อยจากการใช้กัญชา

การใช้กัญชาเป็นเวลานาน และเกินขนาดจะส่งผลกระทบต่อผู้ใช้หรือผู้เสพ อาจมีผลต่อพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทำให้สมาธิสั้น นอกจากนี้การใช้กัญชาเป็นเวลานาน ยังส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและสมอง ซึ่งมีผลต่ออารมณ์และการตัดสินใจ นอกจากนี้การสูบกัญชายังสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การเกิดลิ้นเลือดอุดตัน และโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา และการได้รับกัญชาที่มีสาร THC สูง จะทำให้ความเข้มข้นของ THC ในเลือดสูง ส่งผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างกะทันหัน และอาจเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ (Drummer, Gerostamoulos, & Woodford, 2019) โดยผลกระทบจากการใช้กัญชาส่งผลกระทบต่อประชาชนทุกกลุ่มวัยที่สำคัญ ดังนี้

ผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์

ปัจจุบันมีการใช้กัญชาในการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเนื่องจากปัญหาสังคม และผู้หญิงจำนวนมากยังคงใช้กัญชาตลอดการตั้งครรภ์ มีรายงาน พบว่า การใช้กัญชาของมารดาในขณะตั้งครรภ์สัมพันธ์กับการเกิดภาวะออทิสติกสเปกตรัมในเด็กได้ (Corsi et al., 2020) กัญชามีผลกระทบที่สำคัญต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์โดยตรง โดยพบว่า ทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่ได้รับกัญชาในระยะก่อนคลอดมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคโลหิตจางมากกว่าคนอื่น มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย และยังสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ที่จำกัด ทำให้มีผลต่อการเติบโตของทารก น้ำหนักแรกเกิดของทารก เส้นรอบวงศีรษะ ความยาวแรกเกิด มีเยื่อหุ้มสมองส่วนหน้าที่หนากว่าปกติ ส่วนการใช้กัญชาระหว่างตั้งครรภ์ อาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์รวมถึงการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และผลทางระบบประสาทในระยะยาว สตรีมีครรภ์และสตรีให้นมบุตรต้องรับรู้ข้อมูลด้านความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การได้รับกัญชาระหว่างตั้งครรภ์ อาจส่งผลกระทบต่อทารกในการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต โดยอาจกระทบต่อความจำ และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเมื่อโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ได้ (De Genna, Willford, & Richardson, 2022)

กลไกการเกิดผลกระทบของกัญชาต่อมารดาและทารกในครรภ์ อธิบายว่า การที่มารดาได้รับกัญชาในระหว่างตั้งครรภ์ สาร THC จะสามารถผ่านจากรกเข้าสู่ทารกในครรภ์ของมารดาได้ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปริมาณการใช้ซ้ำของมารดา การพัฒนาสมองทารกในครรภ์จึงได้รับผลกระทบ เนื่องจากสมองของทารกในครรภ์มีตัวรับ cannabinoid type 1 (CBD type 1) ก่อนอายุครรภ์ 14 สัปดาห์ โดยสาร THC นี้จะสามารถจับกับตัวรับ CBD เหล่านี้ได้ดี อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการพัฒนาสมอง และการตอบสนองต่อสารสื่อประสาทภายในร่างกายของทารกได้ ซึ่งทารกแรกเกิดที่ได้รับสาร THC ในครรภ์ จะมีอาการตกใจได้ง่ายและการตอบสนองต่อแสงลดลง และในมารดาที่ให้นมบุตรก็จะมีสาร THC ที่ถูกขับออกมาในน้ำนมและมีความเข้มข้น ในพลาสมาหรือเลือดของมารดาได้ถึง 8 เท่า และสามารถตรวจพบได้นานถึง 6 วัน (Joseph & Vettraino, 2020)

นอกจากนี้ผลกระทบของกัญชายังมีความเป็นพิษต่อสารพันธุกรรมทั้งของมารดาและทารกในครรภ์ได้ โดยพบความเกี่ยวข้องในการเกิดมะเร็งขณะตั้งครรภ์ และทารกมีโอกาสเกิดความพิการตั้งแต่แรกเกิด (teratogenesis) โดยมีสาเหตุมาจากการมารดาได้รับกัญชา ส่งผลต่อการเกิดความเป็นพิษต่อตัวอ่อน ความเป็นพิษต่อทารกในครรภ์ จากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า มีความผิดปกติของทารกแต่กำเนิด 21 แห่ง ซึ่งรวมถึงความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดจำนวนมาก พบกลุ่มอาการดาวน์ นอกจากนี้ผลของกัญชาที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมยังสามารถสืบทอดและเกิดขึ้นได้ในระดับโครโมโซม ซึ่งสามารถสืบทอดมาถึงลูกหลาน นอกจากนี้ยังมีความเชื่อมโยง

ระหว่างกัญชากับมะเร็งในเด็กหลายชนิด เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (acute lymphoblastic leukemia: ALL) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ โรไคร์เรอิดตัวใหญ่ และมะเร็งนิวโรบลาสโตมา (neuroblastoma) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงผลกระทบเพิ่มเติมของความเป็นพิษต่อพันธุกรรมของสารแคนนาบินอยด์ หรือสาร CBD ที่อยู่ในกัญชา (Reece & Hulse, 2020) ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับการใช้กัญชาในสตรีมีครรภ์เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีในขณะตั้งครรภ์

ผลกระทบต่อเด็กและเยาวชน

การได้รับกัญชาโดยไม่ตั้งใจในเด็ก โดยการกินผลิตภัณฑ์ที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม มีอัตราเพิ่มขึ้นในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมา อาจนำไปสู่ความเป็นพิษในเด็ก รวมถึงโรคสมองอักเสบ โรคระบบทางเดินหายใจ ภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากการใช้กัญชาอย่างแพร่หลาย (Wong & Baum, 2019) การได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาเข้มข้น ในรูปแบบของอาหารที่บริโภคได้ในเด็ก มีแนวโน้มที่จะเป็นอันตราย และมีโอกาสสูงที่จะเป็นอันตรายต่อเด็ก มีความเสี่ยงที่จะเข้ารับการรักษาในหอไอซียู จากการได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีความเข้มข้นสูง มีการศึกษาพบว่า ในกลุ่มวัยรุ่นมีการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น เยาวชนอายุ 16-24 ปี มีอัตราการใช้กัญชาสูงที่สุด โดยเยาวชนเพศชายช่วงมัธยมปลาย มีแนวโน้มการใช้กัญชาที่มีความถี่ในการบริโภคที่สูงขึ้น และมีการรับรู้ถึงอันตรายของกัญชาลดลง ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพในการขับขี่ในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้น (Sterzer, Caird, Simmons, & Bourdage, 2022) การใช้กัญชาในวัยรุ่น อาจเกิดผลกระทบและเป็นอันตรายในระยะยาว ซึ่งเป็นช่วงสำคัญในการพัฒนาสมอง การใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องทำให้คะแนนผลการเรียนลดลง ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และยังสัมพันธ์กับการโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Ghosh & Naderi, 2019) นอกจากนี้การใช้กัญชาในช่วงวัยรุ่นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการพัฒนาโรคจิตเภทในภายหลังการใช้กัญชาที่มีความเข้มข้นของสาร THC สูง เพิ่มความเสี่ยงของโรคจิต และเพิ่มโอกาสในการเสพติด รวมทั้งการใช้กัญชาในวัยรุ่นยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการมีเพศสัมพันธ์ในขณะขาดสติ และการสูบกัญชายังเป็นสาเหตุของกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันรุนแรง (acute respiratory distress syndrome: ARDS) ซึ่งเป็นโรคที่รุนแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ (Ahmed, Shapiro, Su, & Nelson, 2020) ดังนั้นการใช้กัญชาในกลุ่มวัยรุ่นหรือเยาวชนควรจะได้รับคำแนะนำและได้รับการดูแลจากผู้ปกครองอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดจากการใช้กัญชา

ผลกระทบต่อการศึกษาสุขภาพจิต

การใช้กัญชา อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีรายงานว่าผู้ที่ใช้กัญชา มักจะมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย โดยมีการศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction: ED) อายุ 18 ปีขึ้นไปและเคยใช้กัญชามาก่อน พบว่าบุคคลส่วนใหญ่ ร้อยละ 77 เริ่มใช้กัญชาก่อนเริ่มมีอาการทางจิต และพบ ร้อยละ 59 ของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในช่วง 30 วัน และ ร้อยละ 46 รายงานว่ามีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงในช่วงเวลาเดียวกัน และที่น่ากังวลค่อนข้างมากคือ ร้อยละ 9 ของกลุ่มตัวอย่าง มีรายงานความคิดอยากฆ่าตัวตาย ในช่วงเวลา 30 วัน (Crocker et al., 2021) ซึ่งการที่บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการประเมินความเสี่ยงของกัญชาต่ำเกินความเป็นจริง รวมถึงการรับรู้กัญชาไม่เป็นอันตราย มีโอกาสส่งเสริมทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้ใช้กัญชาได้ (Lowe, Sasiadek, Coles, & George, 2019)

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพเรื่องกัญชา

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง การทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อตัดสินใจในการใช้ข้อมูลนั้น ๆ ในการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน รวมถึงการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพเพื่อรักษาหรือปรับปรุงคุณภาพชีวิตตลอดช่วงชีวิต (Bánfai-Csonka et al., 2022) ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่พัฒนาจนกลายเป็นทักษะ ซึ่งแต่ละสังคมกำหนดว่าบุคคลจำเป็นต้องมี เพื่อการเข้าถึง สร้างความเข้าใจ รู้จักใช้คำถาม ทำให้สามารถตัดสินใจ และนำข้อมูลแนวทางปฏิบัติไปใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเองและสุขภาพของคนในสังคม ประกอบด้วย 1) เข้าถึง (access) ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการค้นหาเพื่อเข้าถึง แหล่งข้อมูล การกลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลที่เข้าถึงได้ว่ามีความถูกต้องและ มีความน่าเชื่อถือหรือไม่ 2) เข้าใจ (understand) ได้แก่ ความสามารถและทักษะการเรียนรู้ การหาวิธีจดจำ และสร้างความ เข้าใจข้อมูลหรือเนื้อหา ความรู้ 3) โตถาม (questioning) ได้แก่ ความสามารถและทักษะการใช้คำถาม ประกอบด้วย การวางแผนการ ใช้ คำถาม การจัดเตรียมคำถาม วิธีการใช้คำถาม และการประเมินการใช้คำถาม 4) ตัดสินใจ (make decision) ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ กำหนด ทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนในการ ตัดสินใจต่อข้อมูลที่ได้รับหรือประเด็นที่ต้องตัดสินใจ และ 5) นำไปใช้ (apply) ได้แก่ ความสามารถและทักษะการ เตือนตนเอง และการจัดการตนเอง เพื่อนำชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปใช้อย่างต่อเนื่อง และปรับการปฏิบัติได้ เหมาะสมกับสถานการณ์ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2563)

จากการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านกฎหมายของกัญชา คาดว่าจะมีการบริโภคกัญชาที่เพิ่มมากขึ้น การรณรงค์ ป้องกันและการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาจะทำให้เกิดความรู้ และรู้เท่าทันสามารถวิเคราะห์ สถานการณ์ นำไปสู่การตัดสินใจเลือกใช้ด้วยเหตุผล จะช่วยลดผลกระทบด้านสุขภาพ และผลกระทบทางสังคม จาก การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ (Da Rocha, Almeida, & Almeida, 2021) การรับรู้ถึงความเสี่ยงและอันตรายที่เกี่ยวข้องกับ การใช้กัญชา และความเสี่ยงของกัญชาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสูบ การสูดดมไอ การกลืนกิน เป็นต้นเยาวชนที่เริ่ม ใช้กัญชาตั้งแต่อายุยังน้อยมีความเสี่ยงต่อสุขภาพและผลกระทบทางสังคมมากกว่าผู้ใหญ่ ความรู้ด้านสุขภาพจะ ช่วยลดการใช้ และช่วยป้องกันพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว และโดยเฉพาะการพัฒนาทักษะด้านความรู้ด้าน สุขภาพผ่านระบบดิจิทัล (digital health literacy) ในประชาชนทุกกลุ่มวัย จะช่วยส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันถือเป็นทักษะที่สำคัญ ที่จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ เพราะเป็นแหล่งข้อมูล ด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่ายที่สุด และสร้างศักยภาพในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมได้มากขึ้น และเป็น แนวทางที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยการเพิ่มทักษะด้านความรู้ ด้านสุขภาพแบบดิจิทัล (digital health literacy) จะทำให้บุคคล เข้าถึง เข้าใจ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ถ่ายทอดให้บุคคลอื่น สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างมีข้อมูลและเป็นอิสระมากขึ้น เนื่องจากการมี digital health literacy เข้ามาจัดการความรู้เกี่ยวกับกัญชา เพราะในยุคปัจจุบันการใช้ digital health literacy มีจุดแข็ง หลายประการ สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา เข้าถึงได้ง่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย และเป็นที่ยอมรับในการใช้สำหรับคนทุกกลุ่ม สามารถให้ข้อมูลเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการ การใช้กัญชาอย่างปลอดภัย กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม เพิ่ม ทักษะด้านพฤติกรรม ความรู้ความเข้าใจ พัฒนาอารมณ์ และทำให้ก้าวทันโลก และสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ใน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การสร้าง digital health literacy เกี่ยวกับสุขภาพสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ต้นทุนต่ำ สามารถลดผลกระทบด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Fischer, Kölligan, Wieland, & Klein., 2021)

แนวทางการสร้างความรอบรู้เรื่องสุขภาพเพื่อการป้องกันปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพประชาชน

แนวทางด้านสุขภาพดิจิทัลเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาคือความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีจัดการสุขภาพ บูรณาการข้อมูลผ่านเทคโนโลยี จะช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงบวก และสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง สนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kemp et al., 2021) ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบดิจิทัล (digital health literacy) หมายถึง การสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และบุคคล เป็นการเสริมศักยภาพตัวบุคคลให้มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยมีสื่อสังคมออนไลน์ (social media) เป็นสื่อกลาง ในการเผยแพร่ข้อมูลและสื่อสารข้อมูลระหว่างกัน ซึ่งสามารถยกระดับการสื่อสารและสร้างการมีส่วนร่วมทางสังคม และทำให้บุคคลเป็นศูนย์กลางในการจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเองมากขึ้น บทความนี้จึงเน้นให้ความสำคัญเรื่องการส่งเสริม digital health literacy เพื่อให้สอดคล้อง รองรับกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็วในยุคปัจจุบัน โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้คำจำกัดความ digital health literacy ว่าเป็นความสามารถในการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อรับ ค้นหา ประเมิน และทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ (Marzo et al., 2022)

การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องสุขภาพด้วยวิธีส่งเสริม digital health literacy

แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องสุขภาพการพัฒนาด้วยวิธีส่งเสริม digital health literacy ให้กับประชาชน โดยมีแนวทางส่งเสริม ดังนี้ (เลิศชาย เลิศวุฒิ, 2563)

1. การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ สามารถทำได้โดยการใช้โทรศัพท์มือถือติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่าง ๆ รวมถึงความรู้เรื่องสุขภาพจากแพลตฟอร์มที่เชื่อถือได้ เช่น การติดตามข้อมูลด้านสุขภาพจากหน่วยงาน หรือองค์กรด้านสุขภาพจากภาครัฐ ผ่านแพลตฟอร์ม social media เช่น เฟซบุ๊ก (Facebook), อิน스타그램 (Instagram), ไลน์ (Line), ทวิตเตอร์ (Twitter), ยูทูบ (YouTube), ตี๊กต็อก (TikTok), เว็บไซต์ (website) ของกระทรวงสาธารณสุข

2. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลการใช้สุขภาพ สามารถทำได้โดยการพัฒนาความรู้ เลือกรับชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง จนเกิดการพัฒนาความเชื่อที่ถูกต้อง และเกิดความเข้าใจในความรู้และข้อมูลที่ได้รับ เข้าใจข้อมูลสุขภาพของตนเอง จนเกิดการพัฒนาสุขภาพตนเอง

3. ทักษะการสื่อสาร สามารถทำได้โดย การสื่อสาร 2 ทาง การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในการสนทนา จนเกิดทักษะทางการสื่อสารข้อมูล และถ่ายทอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลการใช้สุขภาพระหว่างกัน

4. การจัดการตนเอง สามารถทำได้โดย การใช้ชุดข้อมูลด้านสุขภาพที่มีจัดการสุขภาพตนเอง ให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น การมีข้อมูลเรื่องกัญชา สามารถรับรู้ความเสี่ยงของการใช้กัญชา เพื่อความปลอดภัยของตนเอง

5. การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับข้อมูลกัญชา สามารถทำได้โดย การเลือกสื่อจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ไม่หลงเชื่อโฆษณาจากแหล่งข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ สามารถคัดกรองสื่อในรูปแบบต่าง ๆ ได้ และเลือกรับข้อมูล กัญชาเฉพาะแหล่งข้อมูลที่ต้องการ ไม่ถูกชักจูงจากสื่อได้ง่าย

6. ทักษะการตัดสินใจในการใช้กัญชา สามารถทำได้โดย การฝึกฝนทักษะการตัดสินใจ เช่น สามารถวิเคราะห์ไตร่ตรองข้อมูลด้านการใช้กัญชาและตัดสินใจเลือกวิธีการหรือชุดข้อมูลที่ต้องการ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Nutbeam & Lloyd, 2021)

การประยุกต์แนวทางการส่งเสริม digital health literacy เรื่องกัญชา

กลุ่มที่อาจจะได้รับผลกระทบจากกัญชาที่เคยกล่าวมาก่อนหน้านี้แล้ว โดนเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แม้ว่าการใช้กัญชาระหว่างตั้งครรภ์อาจเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ แต่การใช้กัญชาระหว่างตั้งครรภ์ยังมีเพิ่มขึ้น สตรีมีครรภ์มักได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้กัญชาในระหว่างตั้งครรภ์ทางออนไลน์ การสื่อสารด้านสุขภาพสั้น ๆ ที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาและการตั้งครรภ์สามารถลดการใช้กัญชาในระหว่างตั้งครรภ์ของผู้หญิงได้ และการเพิ่มความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ในรูปแบบอื่น ๆ อาจส่งเสริมสตรีมีครรภ์เกิดความตระหนักและลดการใช้กัญชาในระหว่างตั้งครรภ์ได้ การรู้เท่าทันสื่อในการเลือกชุดข้อมูลสุขภาพที่ต้องการจะช่วยส่งเสริมความรู้ด้านกัญชาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ส่วนในกลุ่มวัยรุ่นหรือเยาวชนนั้นเป็นช่วงเวลาสำคัญสำหรับการบูรณาการการศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเนื่องจากพฤติกรรมการใช้กัญชาส่วนใหญ่ก่อตัวขึ้นในวัยรุ่น ประมาณ ร้อยละ 40 ของการเริ่มใช้กัญชาเริ่มต้นก่อนอายุ 14 ปี ซึ่งหนึ่งในหกของจำนวนนี้พัฒนาไปสู่การใช้กัญชาในเวลาต่อมา สิ่งนี้ยังสนับสนุนว่าการส่งเสริมการศึกษาในระดับปฐมวัยเป็นสิ่งสำคัญ โดยเน้นการส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะด้าน digital health literacy เรื่องกัญชา ร่วมกับการฝึกทักษะเพิ่มความสามารถในการช่วยปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของเยาวชนที่อาจได้รับผลกระทบจากกัญชาได้ ปัจจุบันการศึกษาเรื่องกัญชาที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยเรียนยังมีองค์ความรู้เพียงพอและการรณรงค์ให้ประชาชนทั่วไปเข้าถึงได้อย่างรู้เท่าทันหรือเน้นถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นยังมีข้อจำกัด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่องกัญชาจำนวนน้อยที่รวมอยู่ในหลักสูตรสุขภาพของโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในปัจจุบันและมีความไม่พร้อมในการนำเสนอเนื้อหาหรือถูกจำกัดด้วยเวลา ด้านการเรียนการสอน (Bishop, Drakes, Donnan, Rowe, & Najafizada, 2022) ดังนั้นควรประยุกต์ใช้ digital health literacy ในการพัฒนาการรับรู้ข้อมูลด้านกัญชาในกลุ่มวัยรุ่นในช่องทางต่างๆ และประยุกต์ใช้ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันเกี่ยวกับกัญชารวมการเสนอข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายนโยบายเกี่ยวกับกัญชาอย่างรอบด้านจากหน่วยงานภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข และถ่ายทอดให้เยาวชนสามารถเข้าใจได้ง่ายในช่องทางต่าง ๆ ในสังคมออนไลน์ จะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มเยาวชนเกิดความตระหนักรู้ และรู้เท่าทันถึงปัญหาหรือโทษของกัญชาที่ใช้อย่างไม่เหมาะสม อาจช่วยลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจากการใช้กัญชาในกลุ่มวัยรุ่นได้ ทั้งนี้ประชาชนทุกกลุ่มวัย สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้หลายช่องทาง บนแพลตฟอร์ม social media การได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่ต้องการจะสามารถช่วยลดผลกระทบด้านสุขภาพได้ การบูรณาการการจัดการความรู้

ด้านสุขภาพเรื่องกัญชา กับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพและด้านการศึกษา เช่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย จะช่วยสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาได้อย่างยั่งยืน และมีความปลอดภัยในระยะยาวได้

บทบาทบุคลากรด้านสาธารณสุขในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชา

บุคลากรด้านสาธารณสุข ถือว่ามีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย จากการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านกัญชา เพิ่มช่องทางการรักษาทางการแพทย์ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพ กาย จิต สังคม รวมถึงเศรษฐกิจ บุคลากรด้านสุขภาพมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมการใช้ในทางการแพทย์ และให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน ทั้งนี้เรื่องกัญชา ยังต้องได้รับการเสริมศักยภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อเสริมทักษะด้านความรู้และวิทยาการสมัยใหม่ด้านกัญชาทางการแพทย์ และส่งเสริมการทำงานร่วมกันของหลากหลายวิชาชีพ เพื่อประโยชน์สูงสุดทางการแพทย์ และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Jouanjus et al., 2021) ในมิติด้านสุขภาพ การใช้กัญชาในการบำบัดรักษาโรค หรือส่งเสริมสุขภาพนั้น ยังต้องได้รับการสนับสนุนองค์ความรู้ด้านกัญชาจากภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจ ในแนวทางปฏิบัติในการให้บริการเกี่ยวกับกัญชา เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพ และผลักดันนโยบายในการส่งเสริมกัญชาให้เป็นพืชเศรษฐกิจ และนำมาใช้ทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามนโยบายของรัฐบาล นอกจากนี้ บุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาแก่ประชาชนและมีบทบาทในการนำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมให้กัญชาได้รับการใช้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

สรุป

ปัจจุบันกัญชาเป็นสมุนไพรที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายจากยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 กลายเป็น สมุนไพรควบคุม และเปิดการเข้าถึงได้หลากหลายรูปแบบ ดังนั้น กัญชาจะถูกนำมาใช้นอกเหนือจากการใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์โดยบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งประชาชนทั่วไปหากใช้กัญชาโดยปราศจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาอย่างปลอดภัย อาจจะนำมาซึ่งความไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ จากการใช้กัญชาไม่ถูกส่วนและใช้เกินขนาด การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา และการประยุกต์ใช้ digital health literacy จะสามารถสร้างความตระหนักรู้ในการใช้กัญชา และช่วยเพิ่มทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชามากขึ้น และรับรู้ถึงความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย และสร้างพฤติกรรมในการใช้กัญชาอย่างเหมาะสมของประชาชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเมือง แก้งคำเกิง. (2563). K-shape 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ. *วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ*, 35(2), 22-26.
- พลรัฐ วงษ์พิริยชัย และ ธาณี วรภัทร์. (2565). มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการปลูกและการใช้กัญชาในครัวเรือน. *วารสารผู้ตรวจการแผ่นดิน*, 15(1), 77-130.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565. (2564, 23 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 272 ง
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2563. (2563, 14 ธันวาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 137 ตอนพิเศษ 290 ง, หน้า 33-34
- เลิศชาย เลิศวุฒิ. (2563). *การสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ “Health Literacy”* [PowerPoint]. เข้าถึงได้จาก <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fcms.fda.go.th%2Fuploads%2F379aa490-5bfa-11ec-b92f-262e73b73d0d%2Fcourse%2F447ac224-28ea-4cb9-8918-ad8ba3d4e36f%2FnMXjAwuyog21LwBgDvjUC2h.pptx&wdOrigin=BROWSELINK>
- Abuhasira, R., Schleider, L. B., Mechoulam, R., & Novack, V. (2018). Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly. *European Journal of Internal Medicine*, 49, 44–50. doi: 10.1016/j.ejim.2018.01.019
- Ahmed, A., Shapiro, D., Su, J., & Nelson, L. (2020b). Vaping cannabis butane hash oil leads to severe acute respiratory distress syndrome—A case of EVALI in a teenager with hypertrophic cardiomyopathy. *Journal of Intensive Care Medicine*, 36(5), 617–621. doi: 10.1177/0885066620941004
- Aliferis, K. A., & Bernard-Perron, D. (2020). Cannabinomics: application of metabolomics in cannabis (*Cannabis sativa* L.) research and development. *Frontiers in Plant Science*, 11. doi: 10.3389/fpls.2020.00554
- Bánfai-Csonka, H., Betlehem, J., Deutsch, K., Derzsi-Horváth, M., Bánfai, B., Fináncz, J., ... Csimá, M. (2022). Health Literacy in Early Childhood: A Systematic Review of Empirical studies. *Children (Basel)*, 9(8), 1131. doi: 10.3390/children9081131
- Bilodeau, S. E., Wu, B., Ruffykiri, A., MacPherson, S., & Lefsrud, M. (2019). An update on plant photobiology and implications for cannabis production. *Frontiers in Plant Science*, 10. doi: 10.3389/fpls.2019.00296
- Bishop, L., Drakes, D. H., Donnan, J., Rowe, E. C., & Najafizada, M. (2022). Exploring Youths’ Cannabis Health Literacy Post Legalization: A Qualitative study. *Journal of Adolescent Research*, 074355842211183. doi: 10.1177/07435584221118380

- Bloomfield, M., Hindocha, C., Green, S. F., Wall, M. B., Lees, R., Petrilli, K., ... Freeman, T. P. (2019). The neuropsychopharmacology of cannabis: A review of human imaging studies. *Pharmacology & Therapeutics*, 195, 132–161. doi: 10.1016/j.pharmthera.2018.10.006
- Bonini, S. A., Premoli, M., Tambaro, S., Kumar, A., Maccarinelli, G., Memo, M., & Mastinu, A. (2018). Cannabis sativa: A comprehensive ethnopharmacological review of a medicinal plant with a long history. *Journal of Ethnopharmacology*, 227, 300–315. doi: 10.1016/j.jep.2018.09.004
- Corsi, D. J., Donelle, J., Sucha, E., Hawken, S., Hsu, H., El-Chaâr, D., ... Walker, M. (2020). Maternal cannabis use in pregnancy and child neurodevelopmental outcomes. *Nature Medicine*, 26(10), 1536–1540. doi: 10.1038/s41591-020-1002-5
- Crocker, C., Carter, A., Emsley, J. G., Magee, K., Atkinson, P., & Tibbo, P. G. (2021). When cannabis use goes wrong: Mental health side effects of cannabis use that present to emergency services. *Frontiers in Psychiatry*, 12. doi: 10.3389/fpsyt.2021.640222
- Da Rocha, A. G., Almeida, D., & Almeida, M. C. (2021). Recreational Cannabis consumption: a public health perspective. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_3). doi: 10.1093/eurpub/ckab165.011
- De Genna, N. M., Willford, J. A., & Richardson, G. A. (2022). Long-term effects of prenatal Cannabis exposure: Pathways to adolescent and adult outcomes. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 214, 173358, 1-23. doi: 10.1016/j.pbb.2022.173358
- Drummer, O. H., Gerostamoulos, D., & Woodford, N. (2019). Cannabis as a cause of death: a review. *Forensic Science International*, 298, 298–306. doi: 10.1016/j.forsciint.2019.03.007
- Fischer, L. C., Kölligan, V., Wieland, N., & Klein, M. (2021). Development and evaluation of a digital health intervention for substance use reduction in young refugees with problematic use of alcohol and/or cannabis-study protocol for a single-armed feasibility trial. *Frontiers in Public Health*, 9. doi: 10.3389/fpubh.2021.557431
- Ghosh, M., & Naderi, S. (2019). Cannabis and cardiovascular disease. *Current Atherosclerosis Reports*, 21(6). doi: 10.1007/s11883-019-0783-9
- Goodman, S., Wadsworth, E., Leos-Toro, C., & Hammond, D. (2020). Prevalence and forms of cannabis use in legal vs. illegal recreational cannabis markets. *International Journal of Drug Policy*, 76, 102658. doi: 10.1016/j.drugpo.2019.102658
- Joseph, P., & Vettraino, I. M. (2020). Cannabis in pregnancy and lactation - A Review *Missouri Medicine*, 117(5), 400-405.

- Jouanjus, E., Sans-Pola, C., Mainoli, B., Javid, F. A., Ekheden, I., Guillén, E., ... Working Group on Medical Cannabis Projects of the, E. Y. C. P. (2021). Establishing and evaluating a study questionnaire on knowledge and attitudes of healthcare professionals towards recreational and medical Cannabis across Europe. *Clinical Drug Investigation*, 41(8), 701-710. doi: 10.1007/s40261-021-01058-x
- Kemp, E., Trigg, J., Beatty, L., Christensen, C., Dhillon, H. M., Maeder, A., ... Koczwara, B. (2021). Health literacy, digital health literacy and the implementation of digital health technologies in cancer care: the need for a strategic approach. *Health Promotion Journal of Australia*, 32(S1), 104-114. doi: 10.1002/hpja.387
- Koltai, H., & Namdar, D. (2020). Cannabis phytomolecule 'entourage': from domestication to medical Use. *Trends in Plant Science*, 25(10), 976-984. doi: 10.1016/j.tplants.2020.04.007
- Lowe, D. J. E., Sasiadek, J. D., Coles, A. S., & George, T. P. (2019). Cannabis and mental illness: a review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(1), 107-120. doi: 10.1007/s00406-018-0970-7
- Marzo, R. R., Chen, H. W. J., Abid, K., Chauhan, S., Kaggwa, M. M., Essar, M. Y., ... Lin, Y. (2022). Adapted digital health literacy and health information seeking behavior among lower income groups in Malaysia during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 10. doi: 10.3389/fpubh.2022.998272
- Mead, A. (2019). Legal and regulatory issues governing cannabis and cannabis-derived products in the United States. *Frontiers in Plant Science*, 10. doi: 10.3389/fpls.2019.00697
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42(1), 159-173. doi: 10.1146/annurev-publhealth-090419-102529
- Pisanti, S., & Bifulco, M. (2019). Medical Cannabis: a plurimillennial history of an evergreen. *Journal of Cellular Physiology*, 234(6), 8342-8351. doi: 10.1002/jcp.27725
- Procaccia, S., Lewitus, G. M., Lipson Feder, C., Shapira, A., Berman, P., & Meiri, D. (2022). Cannabis for medical use: versatile plant rather than a single drug. *Frontiers in Pharmacology*, 13. doi: 10.3389/fphar.2022.894960
- Reece, A. S., & Hulse, G. K. (2020). Cannabis and pregnancy don't mix. *Missouri medicine*, 117(6), 530-531.
- Sandler, L. N., Beckerman, J. L., Whitford, F., & Gibson, K. A. (2019). Cannabis as conundrum. *Crop Protection*, 117, 37-44. doi: 10.1016/j.cropro.2018.11.003

- Schlag, A. K., Hindocha, C., Zafar, R., Nutt, D. J., & Curran, H. V. (2021). Cannabis based medicines and cannabis dependence: A critical review of issues and evidence. *Journal of Psychopharmacology*, 35(7), 773-785.
- Sterzer, F. R., Caird, J. K., Simmons, S., & Bourdage, J. S. (2022). A scoping review of predictors of driving under the influence of *Cannabis* (DUIC) in young drivers. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 88, 168-183. doi: 10.1016/j.trf.2022.05.014
- Wartenberg, A. C., Holden, P. A., Bodwitch, H., Parker-Shames, P., Novotny, T., Harmon, T. C., ... Butsic, V. (2021). Cannabis and the environment: what science tells us and what we still need to know. *Environmental Science & Technology Letters*, 8(2), 98-107. doi: 10.1021/acs.estlett.0c00844
- Wong, K., & Baum, C. R. (2019). Acute cannabis toxicity. *Pediatric Emergency Care*, 35(11), 799–804. <https://doi.org/10.1097/pec.0000000000001970>