

วารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพจาก TCI

ISSN 1906-6813

ISSN 2730-2342 (Online)



ราชาวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563

VOL. 10 NO. 1 JANUARY - JUNE 2020



ราชภัฏสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการ

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.วรรณาท พรหมศวร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

อาจารย์ชัชวาลย์ ยืนยาว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผศ.ดร.ชนัญชิดาคุณภักดิ์ ทูลศิริ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ผศ.ดร.จุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. ผศ.ดร.สังวรรณ ังตกระโทก | สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ แขนงวิชาการวัดและประเมินผล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 5. รศ.ดร.สุปรีดา มั่นคง | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รศ.ดร.จันทร์จิรา เจียรณัย | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 8. พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 9. ดร.กิตติภูมิ ภิญโย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 10. อาจารย์อุทัยวรรณ สุกิมานิล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม |
| 11. ดร.นพดล พิมพ์จันทร์ | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางป้ออี
อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ |
| 12. นพ.จะเด็จ ดียิ่ง | โรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ |

ฝ่ายจัดการ

คุณสุณิสา สำเร็จดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คุณอรทัย รัตนโชติ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คุณดารณี บุญอุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2563 Volume 10 Number 1 January - June 2020

<https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

ISSN 1906-6813 ISSN 2730-2342 (online)

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย ของวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วัตถุประสงค์ :

1. เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ทั้งทางด้านวิชาการ เทคโนโลยี สมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป
2. เผยแพร่องค์ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของ นักศึกษา ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ ทั้งในและนอกวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ สำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้ง เป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาล และนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ

ขอบเขต : สาระในราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้แก่ บทความวิจัย บทความ วิชาการ และบทความพิเศษ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออก : ราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

- ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
- ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิก : ตั้งแต่ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2563) เป็นต้นไป ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น ผู้อ่านสามารถติดตามอ่านราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ติดตามอ่านวารสารที่เว็บไซต์ <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

อัตราค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ : 3,000 บาท/บทความ

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
กองบรรณาธิการราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ฝ่ายวิจัยและบริการ
วิชาการ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์
32000 โทรศัพท์ 0-445-14422 โทรสาร 0-4451-1737
E-mail: journalrachawadee@gmail.com

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2563 ISSN 1906-6813 ISSN 2730-2342 (online)

- | | | | |
|----|--------------------------------|------------------|---|
| 1 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี | วิทย์พันธ์ | สำนักวิชาสหเวชศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 2 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริมาลย์ | นิละไพจิตร | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3 | ดร.จิราภรณ์ | ปิ่นอยู่ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4 | ดร.สมปอง | พะมูลีลา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
อุบลราชธานี |
| 5 | ดร.สมชาย | ชัยจันทร์ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 6 | ดร.กิตติภูมิ | ภิญโญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 7 | ดร.นพดล | พิมพ์จันทร์ | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางบ่ออี
อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ |
| 8 | ดร.ปรางทิพย์ | ทาเสนาะ เอลเทอร์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 9 | ดร.นงนภัทร | รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี |
| 10 | ดร.นงนุช | วงศ์สว่าง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี |
| 11 | ดร.สุธิดา | อินทรเพชร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น |
| 12 | ดร.ศุภวดี | แถวเพี้ย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น |
| 13 | ดร.ยศพล | เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 14 | ดร.ทองสวย | สีทนนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 15 | ดร.ฐิตาพร | วรภักดิ์วิศิษฐ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 16 | ดร.สุพิตรา | เศลวัตตะกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |

วารสารกลุ่มที่ 2 : วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม -มิถุนายน 2563
สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
● ประสพการณ์การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ศุภรา หิमानันโต สุริยา ฟองเกิด สืบตระกูล ตันตลานุกูล พชรพิมล ดีรุณ และเสาวลักษณ์ เสี่ยงนัน	1
● การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นกระบวนการชิปปา โมเดลในรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 สำหรับนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และ สาธารณสุข กาญจนภิเษก ศราวุฒิ แพะขุนทด และกาญจนา นิมสนทร	15
● ผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดต่อการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม เบญญาภา ศรีปัญญา และบรรณสิทธิ์ สิทธิบรรณ	28
● ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ต่อความรู้ ทักษะ ทักษะ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน ศรีอุบล อินทร์แป้น สาคร สอนดี เยี่ยม คงเรืองราช วัชรวิงค์ หวังมัน ชัชฎาพร จันทรสุข นิสากร เข้มขนาน และอภิญญา ดีพูน	43
● ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน รพ.สต. นาท่ามเหนือ จ.ตรัง จันทร์เพ็ญ เลิศนาวัฒนา นันทยา เสนีย์ วรรัตน์ สุขคุ้ม และรุ่งฤดี อูสาหะ	54
● องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา มลทิรา สายวารี เพ็ญมาศ สุคนธ์จิตต์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ	70
● ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ ประเทศไทย แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์ ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง และสาคร อินโทโล	80
● ทักษะและมุมมองต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สาคร อินโทโล อักษรรา กะการดี เฌอร์นินท์ ตั้งปฐมวงศ์ พงศ์ศักดิ์ จันทราทิพย์ พัชรรัตน์ อันสีแก้ว สุภาพร ประนัดทา และนุชนาด บุญมาศ	91
บทความวิชาการ	
● การเปรียบเทียบการดูแลทางการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินสัมพันธ์กับการใช้ยา เมทฟอร์มิน : กรณีศึกษา 2 ราย เยาวดี อุดระศรี	104
● การพยาบาลเด็กป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษา จริยา ประริณ	121
คำแนะนำในการตีพิมพ์	136

สารจากบรรณาธิการ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ฉบับนี้เป็นปีที่ 10 ฉบับแรกของปี พ.ศ.2563 ออกในช่วงที่ประเทศไทยและทั่วโลก ต้องเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส COVID-19 อันส่งผลกระทบเป็นกว้างทุกวงการ ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ขอส่งกำลังใจให้นักรบชุดขาว บุคลากรทางการแพทย์ทุกท่าน ขอให้ทุกท่านจงปลอดภัย และเราในฐานะประชาชนทุกคน ขอให้ดำรงชีวิตตามแนวทาง “ชีวิตวิถีใหม่ ไม่ประมาท การดอย่าตก : สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ตลอดการเดินทาง : หมั่นล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค : รักษาระยะห่าง”

กองบรรณาธิการ ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีความภาคภูมิใจที่วารสารผ่านการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 4 พ.ศ. 2563-2567 และได้รับการจัดให้เป็นวารสารในกลุ่มที่ 2 กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนวารสารทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งมีผลงานที่มีคุณภาพ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความต้นฉบับทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงต้นฉบับบทความ

สาระในวารสารฉบับนี้มีทั้งบทความวิชาการและบทความวิจัย ในส่วนของบทความวิชาการนั้น เป็นเรื่องของการเปรียบเทียบการดูแลทางการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน: กรณีศึกษา 2 ราย และการพยาบาลเด็กป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษา สำหรับบทความวิจัยประกอบด้วย รายงานการวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รายงานการวิจัยและพัฒนาเป็นเรื่องการพัฒนาแบบการเรียนการสอนที่เน้นกระบวนการคิด ปาโมเดลในรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 2 เรื่อง เกี่ยวข้องกับเรื่องผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดต่อการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความกลัวต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม และผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ต่อความรู้ ทักษะ ทักษะ อสม.ในการปฏิบัติงานในชุมชน การวิจัยเชิงพรรณนา จำนวน 3 เรื่อง เป็นเรื่องเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน รพ.สต.นาท่ามเหนือ จังหวัดตรัง ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และทัศนคติและมุมมองต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และการวิจัยเชิงวิเคราะห์เรื่ององค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา

ในปีพุทธศักราช 2563 เป็นปีที่ 10 ของ ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ในนามของบรรณาธิการ จึงขอเรียนเชิญท่านผู้สนใจส่งผลงานมาเผยแพร่ รวมทั้งขอเชิญชวนติดตามอ่านวารสารอย่างต่อเนื่องได้ที่เว็บไซต์ของวารสาร กองบรรณาธิการและทีมงานวารสารทุกคนมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ
บรรณาธิการ

ประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ศุภรา หิমানันโต*

สุริยา พองเกิด**

สืบตระกูล ตันตลานกุล***

พัชรพิมล ดีรุณ****

เสาวลักษณ์ เสียงนันทน์*****

Received : 14 สิงหาคม 2562

Revised : 15 ตุลาคม 2562

Accepted: 17 มกราคม 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ให้ข้อมูล คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 25 ราย ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 เดือน ตั้งแต่ ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2561 และทำการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มี 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยมีเหตุผลของการเลือกสวมใส่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ อยู่ 4 ประการ ดังนี้ (1) การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2) การเพิ่มความมั่นใจในการเสพสุข (3) การมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้า (4) การป้องกันการสัมผัสกับอวัยวะ และแบบที่ 2) การไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยมีเหตุผลของการเลือกที่จะไม่สวมใส่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ อยู่ 7 ประการ ดังนี้ (1) การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียงคนเดียว (2) การทำให้ความสุขทางเพศลดลง (3) การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่คาดคิดมาก่อน (4) การตามใจคู่นอน (5) การขาดสติเพราะเมาสุรา (6) การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (7) การมีความเชื่อแบบผิดๆ ต่อการใช้ถุงยางอนามัย ข้อเสนอแนะคือบุคลากรทางสุขภาพต้องเน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพราะการที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้รับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ทัศนคติต่อการดูแลตนเองและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

คำสำคัญ: ประสบการณ์ การใช้ถุงยางอนามัย ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี; Correspond E-mail: suriya@bnc.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์

**** นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

The Experiences of Condom Use Among Men Who Have Sex with Men

Supara Himananto^{*}

Suriya Fongkerd^{**}

Seubtrakul Tantalankul^{***}

Pacharapimon Deerun^{****}

Sauwalak Siengnan^{*****}

Abstract

This qualitative research aimed to investigate the experiences of condom use among men who have sex with men. The 25 key informants of this study were purposively selected with the inclusion criteria as 18 years or over of men who have sex with men. In-depth interviews were used to gain condom used experiences. Data were analyzed by content analysis. The researcher spent three months collecting data from October to December 2018. The findings of this study revealed that condom use experiences among men who have sex with men could be discussed in two aspects. The first aspect was using condoms while having sex. There are four reasons for choosing to wear a condom while having sex: (1) Preventing sexually transmitted diseases (2) Increasing confidence in happiness (3) Having sex with strange people (4) Preventing contact with feces. The second aspect was not using condoms while having sex. There are Seven reasons for choosing not to wear condoms while having sex: (1) having sex with only one partner (2) decreasing sexual pleasure (3) Having unexpected sexual intercourse (4) indulging in sexual partners (5) lacking consciousness because of drunkenness (6) having oral sex (7) having false beliefs about the use of condoms. The suggestion is that health personnel must focus on providing the correct knowledge according to academic principles. Continuously receiving counseling from men who have sex with men leads to a positive attitude towards self-care and the prevention of sexually transmitted diseases.

Keywords: experiences, condom used, men who have sex with men

^{*} Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri

^{**} Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri; Correspond E-mail: suriya@bnc.ac.th

^{***} Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit

^{****} General manager, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri

^{*****} Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri

บทนำ

ปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ยังเป็นปัญหาระดับประเทศซึ่งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนมีการดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษาต่อเนื่องมาโดยตลอด อย่างไรก็ตามในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังมีแนวโน้มพบผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี จากข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ พบว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men) มีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ซึ่งสวนทางกับประชากรกลุ่มอื่น เช่น พนักงานบริการทางเพศหญิง และประชาชนทั่วไป (สำนักกระบวนวิทยา, 2556) ในปี 2553 และปี 2555 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายประมาณร้อยละ 8.00 และร้อยละ 7.10 ตามลำดับ และในปี 2557 พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 9.2 (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2558)

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มขึ้นสูงโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ และเมืองท่องเที่ยวสำคัญของประเทศ (เพชรศรี ศิริรินทร์, 2556) โดยพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในเมืองหลวงของประเทศไทย ร้อยละ 19.8 จากข้อมูลการเฝ้าระวังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 86.2 และผลการตรวจเลือดประจำปีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งพบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด ร้อยละ 46.3 และน้อยที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 16.8 (ไพโรจน์ จันทรณิ และสุปียา จันทรณิ, 2559) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอัตราในการมีเพศสัมพันธ์ของคนกลุ่มนี้มีค่อนข้างสูง และเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุยังน้อย รวมถึงการเปลี่ยนคู่นอนหลายคนด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ และคณะ (2553) พบว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่อีกหรือคู่นอนชั่วคราวชายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และพนักงานบริการทางเพศชาย ทั้ง 3 กลุ่ม อยู่ในระดับต่ำ ในส่วนของจังหวัดสมุทรปราการมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่อีกหรือคู่นอนชั่วคราวชายร้อยละ 82.08 (NCHADS, 2014) ซึ่งถือว่ามากกว่าภาพรวมของระดับประเทศ แต่เมื่อวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ตามตัวชี้วัดของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มชายบริการ และกลุ่มสาวประเภทสอง อยู่ในระดับต่ำในทุกจังหวัด (กรมควบคุมโรค, 2561)

การที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นตามที่ได้กล่าวมานั้นเป็นที่ประจักษ์ว่าสาเหตุเกิดจากการไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงมาก (เพชรศรี ศิริรินทร์, 2556) ข้อมูลดังกล่าวแม้ว่าจะเป็นเพียงบางส่วนในประเทศไทย แต่ได้สะท้อนพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้พอสมควร เป็นการแสดงให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้ถุงยางอนามัยไม่ครอบคลุม ไม่สม่ำเสมอ ประเด็นนี้จึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเหตุผลประกอบในการใช้ถุงยางอนามัย และการไม่ใช้ถุงยางอนามัย พร้อมทั้งคำอธิบายในแต่ละเหตุผลเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ จะสามารถนำไปใช้เพื่อประโยชน์แก่หน่วยงานหรือองค์กรที่สามารถนำข้อมูลไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัจจุบันของการใช้ถุงยางอนามัยของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในชุมชน และเกิดประโยชน์ในเรื่องของงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี การวางแผน ออกแบบกิจกรรมให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของกลุ่มเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว โดยมีการกำหนดระเบียบวิธีวิจัยไว้ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

1) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว

2) ผู้ให้ข้อมูล คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน อย่างน้อย 1 ครั้ง สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้เข้าใจ มีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือและยินยอมในการเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน จำนวน 25 ราย ที่ได้รับการเลือกเข้าสัมภาษณ์แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในผู้ให้ข้อมูลคนแรก และคนต่อไปจะใช้วิธีการแบบ Snow ball โดยผู้วิจัยได้พบผู้ให้ข้อมูลคนแรกที่มีคุณลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยได้เข้าไปสัมภาษณ์เก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลคนแรกแนะนำเพื่อนหรือคนรู้จักที่มีลักษณะตรงกับที่ผู้วิจัยต้องการ แล้วจดชื่อพร้อมที่อยู่ติดต่อได้ไว้ เพื่อให้เป็นผู้ให้ข้อมูลคนที่สอง และขอคำแนะนำจากผู้ให้ข้อมูลคนที่สอง ให้แนะนำเพื่อนหรือคนรู้จักที่มีลักษณะตรงกับที่นักวิจัยต้องการ แล้วผู้วิจัยไปตามสัมภาษณ์เก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำแบบนี้ไปเรื่อยๆ จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการและจนกว่าข้อมูลจะมีความอิ่มตัว ตามคุณสมบัติเบื้องต้นที่ผู้วิจัยกำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้ ทศนคติ ประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ 2) ตัวผู้วิจัย และ 3) เครื่องบันทึกเสียงอัตโนมัติ รุ่น SONY 4GB micro SD card slot และสมุดบันทึกภาคสนาม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลเพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1) ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยเตรียมความรู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และศึกษาระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพให้มีความชัดเจน ทั้งความรู้และทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อป้องกันการลำเอียงในการเก็บข้อมูล

2) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

(1) ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตพฤติกรรมของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในขณะทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งกิจกรรมการออกกำลังกายโดยการเล่นกีฬา วอลเลย์บอล และกิจกรรมบันเทิงตามงานหมอลำ ซึ่งผู้วิจัยมีความคุ้น

ชินกับกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างดีเนื่องจากเป็นประธานชมรมกีฬาวอลเลย์บอล หลังจากนั้นทำการเลือกผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา สถานที่ สำหรับการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก

(2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ โดยสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30-60 นาที การสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกจะไม่มีใครอยู่ในบริเวณที่ทำการสัมภาษณ์ด้วย คือจัดห้องสัมภาษณ์ให้เป็นส่วนตัว โดยใช้ห้องเช่าในหมู่บ้านแห่งหนึ่งเป็นห้องสำหรับสัมภาษณ์ และแต่ละคนจะได้รับการสัมภาษณ์ ไม่เกินคนละ 1 ครั้ง

(3) ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้เครื่องบันทึกเสียงอัตโนมัติไปพร้อมกันในขณะสัมภาษณ์ และจดบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สังเกต เน้นการจดบันทึกประเด็นที่มีความสำคัญ

(4) ผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันเมื่อสัมภาษณ์เสร็จสิ้น และถอดเทปคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงอัตโนมัติทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง เพราะอาจเกิดการหลงลืมข้อมูลที่สำคัญได้ ผู้วิจัยถอดเทปจากคำสัมภาษณ์เชิงลึกจากเครื่องบันทึกเสียงอัตโนมัติแบบคำต่อคำโดยไม่สรุปหรือตัดแปลงข้อความใดๆ และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดกลับไปให้กับผู้ให้ข้อมูลได้อ่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง หลังจากนั้นจึงพิมพ์ข้อมูลลงในแบบบันทึกการถอดความ กำหนดรหัสเบื้องต้น และจัดเก็บไว้เป็นรายบุคคล

3) ขั้นตอนการจัดการข้อมูล ผู้วิจัยจะมีการจัดข้อมูลดังนี้

(1) ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดเรียงให้เป็นหมวดหมู่ เพื่อง่ายต่อการนำข้อมูลออกมาตีความ

(2) นำข้อมูลที่จัดเป็นหมวดหมู่แล้ว มาตรวจสอบ กับแนวความคิดที่ใช้ลงอย่างอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์ เพื่อดูความสอดคล้องระหว่างข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับแนวความคิดที่ใช้ลงอย่างอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์

(3) นำข้อมูลและแนวความคิดที่ใช้ลงอย่างอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์ร่วมกันว่าถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีความสำคัญยิ่งในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพราะผู้วิจัยคือเครื่องมือวิจัยหลัก โดยผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี เป็นการทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจ และยินดีให้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด การสัมภาษณ์เชิงลึกเข้าไปในเรื่องส่วนตัว อาจกระทบถึงความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล และบางครั้งการสังเกตของผู้วิจัยอาจเป็นการละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยตระหนักถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด เพื่อเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล คำถามในการสัมภาษณ์ไม่กระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล และเคารพสิทธิของผู้ให้ข้อมูลตลอดการสัมภาษณ์ และก่อนลงมือเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยเสนอเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี และผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ BNC REC 01/2561 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2561 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และรายละเอียดการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเสียงสัมภาษณ์ไว้ เพื่อความถูกต้องของข้อมูล และให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยทุกคนไว้เป็นหลักฐาน และผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้ หากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด เมื่อผู้ให้ข้อมูลสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งตลอดการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อ และในระหว่างสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถที่จะปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผยก็ได้ หากผู้ให้ข้อมูลเกิดการสะท้อนใจและไม่สามารถสนทนากันต่อไปได้ ผู้วิจัยยุติการสนทนาและอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ โดยการสัมผัสจับมือผู้ให้ข้อมูล โอบไหล่ด้วยความสวัสดี และรอนกว่าผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะสนทนาต่อ ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมหรือประสงค์ที่จะยุติการสนทนา ผู้วิจัยจะยุติการสนทนาและ

สอบถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกเวลานัดหมายในครั้งต่อไป เมื่อมีการรวบรวมข้อมูลเสร็จ ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลตลอดจนสามารถตรวจสอบข้อมูลของตนเองได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย และผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลวิจัยและการเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมโดยไม่เฉพาะเจาะจงผู้ใดผู้หนึ่ง แต่ใช้รหัสแทนชื่อจริง เช่น MSM 001 เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978, pp. 48-91) โดยเริ่มจากการทบทวนข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงอัตโนมัติ เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้ และใช้ปากกาเน้นข้อความระบายสีทับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยพร้อมกับกำหนดรหัสข้อมูลเบื้องต้น หลังจากนั้นทำการจัดหมวดหมู่ข้อมูล โดยนำรหัสที่มีเนื้อหาอยู่ในกลุ่มเดียวกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกัน และสร้างข้อสรุปย่อๆชั่วคราว และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดกลับไปให้กับผู้ให้ข้อมูลได้อ่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและเขียนบันทึกเชิงปฏิบัติการเพื่อช่วยให้การสะท้อนคิดของผู้วิจัย ชี้นำทิศทางการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไปว่าจะเก็บอะไร จากใคร ด้วยแนวคำถามอะไร เพื่อใช้เป็นฐานในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสร้างแนวคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป และเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่ชัดเจนหรือยังไม่ลึกซึ้ง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง สร้างข้อสรุปสะสมชั่วคราว ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้นจนกระทั่งมีความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturated) คือ ไม่มีข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอีก นำข้อมูลทั้งหมดมาเขียนและขัดเกลาผลการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดลึกซึ้ง และไม่มีความห่างไกลจากความเป็นจริง

6. ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแสดงความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้

(1) ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย ผู้วิจัยผ่านการเรียนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพจากมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 1 หน่วยกิต 15 ชั่วโมง เมื่อปี 2550 หลังจากนั้นเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัยเชิงคุณภาพจากสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 37 ชั่วโมง เมื่อปี 2553 และผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 8 ชั่วโมง จากสมาวิจัยแห่งชาติ ในการอบรมโครงการพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ (ลูกไก่ รุ่นที่ 3) ปี 2558 ผ่านการอบรมหลักสูตรการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 16 ชั่วโมง จากสมาคมนักวิจัยแห่งประเทศไทย เมื่อปี 2561 และมีผลงานวิจัยเชิงคุณภาพตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ

(2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย วันที่ รหัสของผู้ให้ข้อมูล อายุ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยข้อคำถามได้รับการตรวจสอบจากกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ว่าตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาและความตรงเชิงภาษา นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้เหมาะสม และนำไปทดลองใช้ในการสัมภาษณ์ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดชลบุรี เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

(3) ผู้วิจัยเป็นประธานชมรมวอลเลย์บอล เรียนรู้วิถีชีวิตและบริบทต่างๆ ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมาเป็นระยะเวลา 10 ปี ทำให้มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจนเกิดความไว้วางใจต่อกันและกัน

4) ผู้วิจัยใช้เวลาอยู่ในพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 ปี ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกสะท้อนคิดความรู้สึทงของตนเองต่อการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง ทั้งการสังเกตและจดบันทึก เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ทั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งใช้เทคนิคการสนทนาสรุปความ การสะท้อนความคิดในบางช่วงของการสนทนา เพื่อตรวจสอบการตีความของผู้วิจัยให้ถูกต้องตรงตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล และเป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลในระดับหนึ่ง ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้แยกผู้ให้ข้อมูลออกมาโดยไม่มีใครผ่านไ้มา โดยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลมาทำการสัมภาษณ์ที่ห้องเช่าไว้สำหรับการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลอยู่ใกล้กับผู้อื่นอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน เพราะความเกรงใจคนอื่นอาจได้ยินการสัมภาษณ์และมีข้อมูลบางอย่างกระทบกระเทือนต่อสภาพจิตใจของผู้ที่ได้ยิน นอกจากนี้ยังใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมและจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ ว่าผู้ให้ข้อมูลมีการแสดงทางสีหน้า ท่าทาง อากัปกิริยาที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาให้เห็น ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ผู้วิจัยจดบันทึกทันทีที่สังเกตเห็นเพื่อป้องกันข้อมูลคลาดเคลื่อนจากความจริง และในขณะเดียวกันได้จดบันทึกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสิ่งแวดล้อมรอบข้าง สะท้อนความรู้สึกส่วนตัวของผู้วิจัยที่มีต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อลดอคติของผู้วิจัย เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวิเคราะห์ให้ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

(5) การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ผู้วิจัยมีการยืนยันข้อมูลโดยการนำประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลนากลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลคือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ทำการตรวจสอบข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะเป็นรายบุคคล

(6) การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล ได้แก่ แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในเวลาที่แตกต่างกันของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ได้แก่ เข้าไปขณะผู้ให้ข้อมูลเล่นกีฬาวอลเลย์บอล ช่วงพักผ่อนวันหยุด และผู้วิจัยยังเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย ได้แก่ อายุที่มีความหลากหลาย ประสบการณ์ของการมีเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน เป็นต้น ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่หลากหลายนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันเพื่อให้เห็นความแตกต่างและความเหมือนกันของข้อมูลที่หลากหลายกลุ่มตามเวลา สถานที่ และบุคคล 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องราวเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยสังเกตควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์พร้อมทั้งอัดเทปเสียงสัมภาษณ์ และการจดบันทึกในแต่ละครั้ง และนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตสัมภาษณ์ และจดบันทึกมาเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นความแตกต่างและความเหมือนกันของข้อมูลที่หลากหลายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การตรวจสอบได้ (Auditability) นำข้อมูลมาตรวจสอบให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นมีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริง โดยตรวจสอบข้อมูลหลังจากเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง จัดเก็บข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมมาได้ให้ครบถ้วนตามลักษณะเรื่องที่ต้องการศึกษา ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เหตุผลของการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนกระทั่งขั้นที่จะนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ และตรวจสอบข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาจัดเป็นหมวดหมู่ ข้อสรุปในแต่ละหมวดหมู่ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3. ความเฉพาะเจาะจงและนำไปใช้จริงตามประสบการณ์ที่พบ (Transferability) ผู้วิจัยคำนึงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ตามข้อค้นพบของงานวิจัยในบริบทที่นอกเหนือจากบริบทที่ผู้วิจัยทำการศึกษาคือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่อื่นๆ ภายใต้อาชีพและเงื่อนไขที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยผู้วิจัยได้เขียนบรรยายลักษณะของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงของผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก

ตลอดจนขั้นตอนการดำเนินการวิจัยไว้อย่างละเอียดเพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจ และสามารถนำผลการวิจัยที่ค้นพบในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirm ability) ผู้วิจัยเขียนรายงานวิจัยเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในผลการวิจัยว่าผลการวิจัยเป็นข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจริงจากผู้ให้ข้อมูล มิได้เกิดจากความลำเอียงส่วนตัวของผู้วิจัย โดยเขียนอธิบายถึงกระบวนการดำเนินการวิจัยที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกต และการจดบันทึกตลอดจนการสะท้อนคิดข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย และกระทำทันทีที่สัมภาษณ์และสังเกตเสร็จ หรือภายใน 24 ชั่วโมง และผู้วิจัยได้นำคำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาถ่ายทอดลงในผลการวิจัยอย่างครบถ้วนตามความเป็นจริง และในระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้มาทำการตรวจสอบร่วมกับทีมวิจัย เพื่อให้ผู้อ่านสามารถตรวจสอบความถูกต้องซ้ำได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 25 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 20-45 ปี (Mean = 31.51, SD.=7.22) รายได้อยู่ระหว่าง 9,000-30,000 บาท (Mean = 15,819.99, SD. = 5153.63) การแสดงออกทางเพศมากที่สุดคือ รุกและรับ (ชายที่แสดงออกถึงรสนิยมทางเพศเป็นได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง) ร้อยละ 44 รองลงมา คือ รับอย่างเดียว (ชายที่แสดงออกถึงรสนิยมทางเพศเป็นเพศหญิง) ร้อยละ 7 และรุกอย่างเดียว (ชายที่แสดงออกถึงรสนิยมทางเพศเป็นเพศชาย) ร้อยละ 7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 36 รองลงมา คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 32 และน้อยที่สุดคือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 4 อาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 52 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32 และน้อยที่สุด คือ นักศึกษาและรับราชการ ร้อยละ 4

2) การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงเหตุผลของการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีเหตุผลของการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ อยู่ 4 ประการ คือ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเพิ่มความมั่นใจในการเสพสุข การมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้า และการป้องกันการสัมผัสกับอูจจาระ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

(1) การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อค้นพบคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะเลือกสวมใส่ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคจากการมีเพศสัมพันธ์เพราะเป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยเฉพาะโรคเอดส์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ใส่ถุงทุกครั้งเลยที่เราไว้ใจใครไม่ได้เลยครับ เพราะว่าโรคเอดส์มันน่ากลัวมากเลย เห็นน่าตาดีๆ แต่เราไม่รู้หรือครับว่าเขาเป็นเอดส์...” (MSM 001)

“...หนูใส่ค่ะ ไม่มีครั้งไหนที่จะไม่ใส่ ถ้าผู้ชายไม่ยอมใส่หนูก็ไม่ให้อาคะ หนูกลัวติดโรคเอดส์...” (MSM 002)

“...มันต้องใส่ครับโดยเฉพาะคนที่เพิ่งรู้จักกันเพราะเราไม่รู้ว่าเขาเป็นโรคอะไรหรือป่าว ป้องกันไว้ดีกว่าครับ...” (MSM 009)

“...ผมไม่ยอมพลาดแน่นอนครับต้องใส่ตลอดทุกครั้ง ผมกลัวติดเอดส์ครับ ทุกวันนี้คนเป็นกันเยอะ เราไม่รู้ใครเป็นอย่างไรอย่าไปไว้ใจครับ...” (MSM 016)

(2) การเพิ่มความมั่นใจในการเสพสุข ข้อค้นพบคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะเลือกสวมใส่ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความสบายใจในการมีเพศสัมพันธ์ เมื่อรู้สึกว่ายากก็จะมีความสุขกับการร่วมเพศอย่างเต็มที่ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ใส่แล้วรู้สึกมั่นใจครับและเราก็มีความสุขครับเวลามีอะไรกัน เราจัดได้เต็มที่ครับ...” (MSM 012)

“...สบายใจดีกว่าครับเวลามีไรกันแล้วมันเต็มที่ครับเราก็มีความสุขไม่ต้องมาเครียดทีหลัง...” (MSM 020)

“...รู้สึกถึงความมั่นใจค่ะ พอใส่แล้วหนูก็จัดหนักเลยคะ...” (MSM 015)

(3) การมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้า ข้อค้นพบคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะเลือกสวมใส่ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เพราะไม่ไว้วางใจกับคู่นอนที่ไม่ใช่แฟนกัน เพราะเป็นการนัดเจอกันแบบบังเอิญ เช่น ตามงานหมอลำหรือเดินผ่านกันแล้วประทับใจกันไปมีเพศสัมพันธ์กัน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...บางทีเราก็ได้ผู้ชายแบบไม่รู้ตัวนะอยู่ๆ ก็ได้อะ แต่เราไม่รู้จักเขามาก่อนเลยนะ ก็เคมีมันตรงกันเราก็อยากได้เขา เขาก็อยากได้เรา ก็ไปเอากันเลย แต่ต้องใส่ถุงนะถ้าผู้ชายไม่ยอมใส่เราก็แค่เสร็จภายนอกกัน...” (MSM 012)

“...ก็ได้อยู่เรื่อยๆ นะคนที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อนแค่เดินผ่านกันนาทีเดียวก็ชวนไปเอากันละ หนูก็ไปแต่ก็ต้องใส่ถุงนะคะไม่ได้พกถุงมาก็ต้องไปหาซื้อที่เซเว่นคะ...” (MSM 002)

“...ไปหมอลำที่ไรได้ทุกที เต้นๆ กันอยู่ก็ชวนไปเอา เราเมาและก็คันด้วย (มีความต้องการทางเพศ) ก็ไปครับแต่ผมใส่ถุงทุกครั้งครับยังมีสติอยู่นะ...” (MSM 019)

(4) การป้องกันการสัมผัสกับอุจจาระ ข้อค้นพบคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะเลือกสวมใส่ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการเปื้อนอุจจาระของผู้เป็นฝ่ายรับ (แสดงบทบาทเป็นฝ่ายหญิง) ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...แต่ถ้ามาเอา.....ผู้ชายด้วยกันก็ต้องใส่ครับเพราะว่าบางคนก็ไม่ได้สวนล้างมาก่อนพอเราเอาของเราเข้าไปมันก็จะเลอะครับ...” (MSM 014)

“...ถึงแม้ว่ารับ (เกย์ควีน) จะทำแท้ง (สวนล้างทำความสะอาดทวารหนัก) ผมก็ต้องใส่ถุงครับ เพราะผมไม่อยากจะของแถม พวกรับ (เกย์ควีน) ชอบแจกทอง (อุจจาระ)...” (MSM 020)

3. การไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงเหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีเหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ อยู่ 7 ประการ คือ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียงคนเดียว การทำให้ความสุขทางเพศลดลง การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่คาดคิดมาก่อน การตามใจคู่นอน การขาดสติเพราะเมาสุรา การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก และการมีความเชื่อแบบผิดๆ ต่อการใช้ถุงยางอนามัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียงคนเดียว ข้อค้นพบคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเลือกที่จะไม่สวมใส่ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะมีคู่นอนเพียงคนเดียวและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ผมคบทีละคนครับและมีไรกันกับแฟนเพียงคนเดียวครับ เราไว้วางใจและเชื่อใจกันครับเลยไม่จำเป็นต้องใส่ถุงยางอนามัยเวลาไรกัน...” (MSM 004)

“...ผมไม่ใส่ครับ เรารักกันและต่างฝ่ายต่างไม่นอกใจกันครับ...” (MSM 018)

“...เราอยู่ด้วยกันตลอดไม่นอกใจกัน และเราก็ไว้วางใจกันแล้วครับ เราตรวจเลือดทุก 6 เดือน ซึ่งเราทั้งคู่ก็ปลอดภัยเลยไม่จำเป็นต้องใส่ถุงครับ ผมว่ารักเดียวใจเดียว เวลาмиรักกันมันมีความสุขมากครับไม่ต้องกังวลใจครับ...” (MSM 013)

“...ผมไม่มีไรกับคนอื่นครับนอกจากแฟนของผม เรารักกันครับเลยไม่ต้องใส่ถุงยางมันไม่ได้พิวครับ...” (MSM 007)

“...ถ้าเจอกับคนอื่นผมก็ใส่ครับแต่ถ้าเจอกับแฟนผมไม่ใส่ครับ ผมเชื่อใจเขาครับ...” (MSM 014)

(2) การทำให้ความสุขทางเพศลดลง ข้อค้นพบคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเลือกที่จะไม่สวมใส่ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะการใส่ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขในการร่วมเพศลดลง มีความรู้สึกเหมือนว่ามีอะไรขวางกั้นการมีเพศสัมพันธ์อยู่ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ความรู้สึกทางเพศลดลงนะผมว่า...มันไม่ได้อารมณ์อะ บางทีเอาๆ อยู่มันก็ไม่แข็งละ...” (MSM 013)

“...ก็หนอยากสัมผัสแนบเนื้อของผู้ชายค่ะ ไม่ต้องมีถุงยางมาขวางกั้นมันมีความสุขกว่าค่ะ...” (MSM 003)

“...มันได้อารมณ์นะครับ มัน.....กว่ากัน มันทำให้เรามีความสุขมากกว่าเอากันแล้วใส่ถุงยาง...” (MSM 005)

(3) การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่คาดคิดมาก่อน ข้อค้นพบคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเลือกที่จะไม่สวมใส่ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะบางครั้งได้ร่วมเพศแบบไม่ทันตั้งตัว ไม่ได้คาดคิดมาก่อนว่าจะมีเพศสัมพันธ์ เช่น พบเจอคู่นอนตอนไปเที่ยวงานหมอลำ ตามห้องน้ำสาธารณะหรือห้างสรรพสินค้า และไม่ได้เตรียมถุงยางอนามัยมาด้วย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...บางทีก็ไปเจอกันในห้องน้ำห้างเราก็ไม่ได้เตรียมถุงไปด้วย ก็ต้อง.....สดไป...” (MSM 021)

“...เวลาเราไม่เตรียมถุงไปมันมักจะไ้ผู้ (ผู้ชาย) ก็ต้องเอาแบบไม่ใส่ถุง เสร็จแล้วก็แยกย้ายกันไป...” (MSM 005)

“...มักจะไ้ไม่ (ผู้ชาย) ตอนไปเที่ยวหมอลำ เราก็ไม่มีถุง ความคัน (ความต้องการทางเพศ) อยากไ้ได้อยู่แล้วก็ต้องเอาสดครับ...” (MSM 022)

“...ไม่มารับ (ผู้ชายมารับ) ไปบ้านเขา ไปแล้วก็ไม่มีถุงกลับมาแล้วเสียเที่ยวก็จัดสดเลยจ้า...” (MSM 003)

(4) การตามใจคู่นอน ข้อค้นพบคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเลือกที่จะไม่สวมใส่ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะคู่นอนฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเขาไม่ชอบใส่ และทั้งคู่มีความต้องการที่จะมีเพศสัมพันธ์กันอยู่แล้วก็เลยต่างฝ่ายต่างไม่ใส่ถุงยางอนามัย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...แฟนหนูเขาไม่ชอบใส่ค่ะ หนูรักเขามากหนูก็ต้องตามใจเขา แต่หนูก็บอกเขาตลอดนะคะว่าอย่าไปมีไรกับคนอื่น...” (MSM 022)

“...ผู้ชายเถื่อนๆ เขาไม่ชอบใส่คับ บางทีเขาก็บังคับเราก็ต้องยอมเขาครับ...” (MSM 021)

“...แล้วแต่ผู้เลยคะ (แล้วแต่ผู้ชาย) ผู้เขาไม่ชอบใส่หรอกมันไม่เร้าใจ...” (MSM 023)

(5) การขาดสติเพราะเมาสุรา ข้อค้นพบคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเลือกที่จะไม่สวมใส่ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะอยู่ในอาการมึนเมาจนขาดสติ และเป็นเหตุให้ถูกข่มขืนโดยไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เวลาเมาครับบางทีก็ไม่ใส่ครับ ก็คงขาดสติครับ...” (MSM 021)

“...เมาแล้วก็โดนข่มขืนแล้วผู้ชายก็ไม่ใส่ถุง...” (MSM 023)

(6) การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ข้อค้นพบคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเลือกที่จะไม่สวมใส่ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะมีความเข้าใจว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางปากจะทำให้ไม่ได้รับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทำให้ปลอดภัย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...วันไหนไม่มีถุงผมก็ใช้ปากเอาครับเพราะมันน่าจะปลอดภัยกว่าเอาสดมันก็เสร็จเหมือนกันแหละครับ...” (MSM 013)

“...ผมว่าเอาทางปากมันก็ปลอดภัยนะ แต่ก็ไม่รู้เหมือนกันไม่ให้เอาสดอะแต่ใช้ปากให้ได้...” (MSM 021)

“...ใช้ปากครับพอเสร็จแล้วก็้วนน้ำทิ้งครับ และก็ล้างปากให้สะอาด มันก็น่าจะดีกว่าเอาสดนะ...” (MSM 024)

(7) การมีความเชื่อแบบผิดๆ ต่อการใช้ถุงยางอนามัย ข้อค้นพบคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเลือกที่จะไม่สวมใส่ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะมีความเข้าใจผิดและเชื่อว่าการใส่สารหล่อลื่นมากๆ จะลดการเสียดสีระหว่างอวัยวะเพศกับทวารหนัก และการหลั่งน้ำอสุจิกายนอกจะช่วยให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เอาสดครับพี่ เราที่ต้องใส่เจลเยอะๆ ให้มันลื่นๆ จะได้ไม่เสียดสีทำให้.....ของเราไม่เป็นแผล...” (MSM 025)

“...ผมไม่เคยใส่ถุงหรือคุณพี่ เอาสดแต่เสร็จข้างนอก ผมจะไม่ให้ปล่อยข้างในครับ เพราะว่าเราจะไม่ได้รับเชื้อจากน้ำอสุจิในครับ...” (MSM 024)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า เหตุผลของการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนี้

1. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีเหตุผลของการเลือกสวมใส่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ อยู่ 4 ประการ ดังนี้

(1) การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นการป้องกันการติดเชื้อโรคจากการมีเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคเอดส์เพราะเป็นโรคที่รักษาไม่หายแต่สามารถป้องกันได้ด้วยการสวมใส่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ หากไม่มีการป้องกัน ร่างกายจะติดเชื้อเอชไอวี และจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจนอ่อนแอลงไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้ทำให้ติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย ดังนั้นการใช้ถุงยางอนามัยจึงเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ดีที่สุดวิธีหนึ่ง และหากมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัยก็จะยิ่งส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมออีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชทร หลงกุล และสุพรรณิพรหมเทศ (2555) พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่นในสามเดือนที่ผ่านมามีการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอทุกครั้ง เมื่อแจกแจงรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.5 มีความรู้ในการใช้ถุงยางอนามัยและความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของวนิดา ปาวรีย์ (2557) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.185$, $p=.008$), ($r=.339$, $p<.001$) ตามลำดับ

(2) การเพิ่มความมั่นใจในการเสพสุข การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความมั่นใจและความสบายใจในการมีเพศสัมพันธ์ค่อนข้างขึ้นโดยเฉพาะคู่ตอนที่ไม่ใช่คนรัก สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ สุปินราช (2551) ที่พบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ทำให้มีความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง หากแต่ยังเป็นการช่วยเพิ่มความมั่นใจในการมี

เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอีกด้วย นอกจากนี้ทัศนคตินี้ยังเป็นพรแดนที่เชื่อมต่อระหว่างความรู้ให้ไปสู่การเกิดพฤติกรรม การที่บุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ ย่อมขึ้นอยู่กับทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมดังกล่าว

(3) การมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้า ไม่ไว้วางใจกับคู่นอนที่ไม่ใช่แฟนกัน เนื่องจาก ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมักจะมียุทธศาสตร์ทางเพศที่ต้องเปลี่ยนคู่บ่อยๆ และมีพฤติกรรมสำส่อน (นฤพนธ์ ด้วงวิเศษ, 2553) เพราะมีความชื่นชอบในลักษณะทางกายภาพของฝ่ายตรงข้ามหากเกิดความพึงพอใจก็พร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วยตลอดเวลาโดยเฉพาะในห้องน้ำสาธารณะ (Frankis & Flowers, 2009) แต่การชื่นชอบในลักษณะทางกายภาพของฝ่ายตรงข้ามนั้นอาจเกิดความไม่ไว้วางใจเพราะไม่เคยรู้จักกันมาก่อนการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยจึงทำให้เกิดความปลอดภัยมากกว่า และการที่บุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ ย่อมขึ้นอยู่กับทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบว่าข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพทั้งของนักวิจัยชาวไทย (อมรรัตน์ สุปินราช, 2551)

(4) การป้องกันการสัมผัสกับอุจจาระ เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักอาจทำให้สัมผัสกับอุจจาระได้ เนื่องจากทวารหนักเป็นแหล่งสะสมของแบคทีเรีย ถึงแม้ว่าตนเองและคู่นอนจะไม่ได้ป่วยติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ฝ่ายที่สอดใส่องคชาติเข้าทางทวารหนักอาจติดเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ภายในทวารหนักได้และอาจนำไปสู่การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของอีกฝ่ายได้เช่นกัน (Ruschman, 2010)

2. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีเหตุผลของการเลือกที่จะไม่สวมใส่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ อยู่ 7 ประการ ดังนี้ (1) การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียงคนเดียว (2) การทำให้ความสุขทางเพศลดลง (3) การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่คาดคิดมาก่อน (4) การตามใจคู่นอน (5) การขาดสติเพราะเมาสุรา (6) การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (7) การมีความเชื่อแบบผิดๆ ต่อการใช้ถุงยางอนามัย เหตุผลทั้ง 7 ประการ ที่ได้จากการศึกษาเป็นความเชื่อแบบผิดๆ ที่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก ซึ่งความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์แค่ข้ามคืน อาจนำไปสู่ปัญหาข้ามเดือนข้ามปี ไม่ว่าจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์กับใคร หรือแม้แต่กับคู่นอนของตนเอง กลุ่มนี้มักจะเชื่อใจคู่นอนของตนเอง รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ด้วยการใช้ปาก ล้วนมีความเสี่ยงที่อาจไม่เคยคาดคิดมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของอริรัตน์ เชนะสิริ (2557) จากการศึกษาข้อมูลผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 47 คน พบว่า สาเหตุของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ในกลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มาจากความรู้สึกไม่ธรรมชาติเมื่อใส่ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ การเกิดอาการแพ้ถุงยางอนามัย ความเจ็บปวดจากการใส่ถุงยางอนามัยเมื่อเสียดสีระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ซึ่งทำให้ความเพลิดเพลินในการมีเพศสัมพันธ์ การแข็งตัวของอวัยวะเพศและความสุขในการถึงจุดสุดยอดลดลง บางคนมีความลำบากในการหาถุงยางอนามัยที่พอดีกับขนาดอวัยวะเพศที่ใหญ่ หรือเล็กกว่าปกติ ในผู้ที่มีบทบาททางเพศเป็นฝ่ายรับ มีความกลัวที่คู่นอนจะปฏิเสธหากยืนยันจะให้ใช้ถุงยางอนามัย และการขาดทักษะในการต่อรอง ความชอบส่วนตัว พฤติกรรมชอบความตื่นเต้นเร้าใจ การมีเพศสัมพันธ์ขณะมึนเมา และความต้องการทางเพศที่ท่วมท้นทำให้การใช้ถุงยางอนามัยถูกละเลย ผู้เข้าร่วมการศึกษารายงานว่าการใส่ถุงยางอนามัยเป็นการขัดจังหวะในการมีเพศสัมพันธ์ เหตุการณ์ถุงยางอนามัยหมด ไม่ได้พกถุงยางอนามัยและความไม่สะดวก ที่จะพกถุงยางอนามัย เมื่ออยู่ในสถานบันเทิง ทำให้ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ผู้เข้าร่วมการศึกษาเชื่อว่าการไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นการแสดงถึงความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างคู่นอน การขาดความตระหนักและความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีทำให้เยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายละเลยที่จะใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชทร หลงกุล และสุพรรณิ พรหมเทศ (2555) พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีเหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์คือไม่ได้เตรียม ไม่ได้พก ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 39.9 มีเพศสัมพันธ์ทางปากจึงไม่ใช้ คิดเป็นร้อยละ 15.7 และรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติไม่ได้อารมณ์ ไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 11.6

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษา พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีเหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ อยู่ 7 ประการ คือ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพียงคนเดียว การทำให้ความสุขทางเพศลดลง การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่คาดคิดมาก่อน การตามใจคู่นอน การขาดสติเพราะเมาสุรา การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก และการมีความเชื่อแบบผิดๆต่อการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งทั้ง 7 ประการนั้นบ่งบอกถึงการขาดความตระหนักในการให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่แตกฉานจึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้น องค์กรภาครัฐ และเอกชน ทุกภาคส่วน ควรส่งเสริมให้จัดตั้งคลินิกให้บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและการป้องกันการแพร่กระจายโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ครอบคลุม เน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพราะการที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้รับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ทัศนคติต่อการดูแลตนเองและการป้องกันการได้รับเชื้อเอชไอวีได้

2. ควรมีการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อเปรียบเทียบลักษณะของพื้นที่ว่าส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงของการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมหรือไม่โดยเฉพาะในเขตเมืองซึ่งมีความเจริญทางวัตถุมากกว่า รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีจะทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ง่ายกว่า ความเสี่ยงอาจจะมีมากกว่าและอาจมีแตกต่างกันตามลักษณะพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุม. (2561). สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กิริติกันต์ กลัดสวัสดิ์, เกรียงไกร ยอดเรือน, สัญญา กิตติสุนทรโรภาส, สุติ จารุพันธ์, เฉตสรร นามวาท และ ธนรัช ผลิตพันธ์. (2553). ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พ.ศ. 2553. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2558). *Thailand AIDS Response Progress Report 2015*. สืบค้นจาก http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/THA_narrativereport_2015.pdf
- จิรภัทร หลงกุล และสุพรรณิ พรหมเทศ. (2555). การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(2), 29-38.
- ธรริรัตน์ เชนะสิริ. (2557). การศึกษาเชิงคุณภาพถึงสาเหตุที่เยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- นฤพนธ์ ดั้ววิเศษ. (2553). *ขบวนการเคลื่อนไหวของเกย์ในสังคมไทย ภาคปฏิบัติการและกระบวนการทัศน์*. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต, สาขาการบริหารสังคม, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพชรศรี ศิริรินทร์. (2556). รายงานผลการดำเนินงานสำนักโรคเอดส์วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

- วนิดา ปาวรีย์. (2557). พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชนวัดสี่สุก เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท)*, 20(2), 148-157.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพโรจน์ จันทรมณี และสุเปีย จันทรมณี. (2559). ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทยโดยวิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบวัน เวลา สถานที่ และการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบส่งต่อ. *วารสารควบคุมโรค*, 42(4), 269-279.
- สำนักกระบวนวิชา. (2556). *ภาพรวมสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2556*. สืบค้นจาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128_31017647.pdf
- อมรรัตน์ สุปินราช. (2551). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อความตั้งใจในการถุงยางอนามัยของนิสิตชาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Colaizzi, P.F. (1978). Psychological research as a phenomenologist views it. In: Valle, R.S. and King, M., Eds., *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology* (pp. 48-71). New York: Oxford University Press.
- Frankis, J. S., & Paul, F. (2009). Public Sexual Cultures: A systematic review of qualitative research investigating men's sexual behaviors with men in public spaces. *Journal of Homosexuality*, 56(7), 861 – 893.
- NCHADS. (2014). *Cambodian AIDS epidemic model: Impact modeling & analysis Cambodia case study*. Ministry of Health: NCHADS, Phnom Penh, Cambodia.
- Ruschman, K. (2010). Care of patients with inflammatory intestinal disorders. In Ignatavicius D. D. & Workman M. L. (Ed.), *Medical-surgical nursing: patient-centered collaborative care*. (6th ed., pp. 1315-1343). St.Louis, MO: SAUNDERS/ELSEVIER.

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นกระบวนการชิปปา โมเดลในรายวิชาการปฏิบัติการการนวดไทย 1
สำหรับนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข
กาญจนนาภิเษก

ศราวุฒิ แพะขุนทด, วท.บ.*

กาญจนา นิมฺมสนทร, ปร.ด.**

Received : 2 สิงหาคม 2562

Revised : 25 ธันวาคม 2562

Accepted: 26 ธันวาคม 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน โดยเน้นกระบวนการ CIPPA MODEL 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทฤษฎี CIPPA Model 4) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ 5) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินการจัดการเรียนการสอน 3) แบบประเมินผลทักษะการปฏิบัติการการนวดไทย 4) ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ 5) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพปัจจุบันและความต้องการด้านการจัดการเรียนการสอน นักศึกษามีทักษะการนวดแรงกดจุดไม่แม่นยำ อธิบายทฤษฎีในการนวดไทยกับกายวิภาคศาสตร์ได้น้อย เพิ่มเวลาในการฝึกปฏิบัติ ประยุกต์สื่อการเรียนการสอนการปฏิบัติโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 2) รูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 โดยใช้ CIPPA Model มี 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1. ทบทวนความรู้เดิม 2. การแสวงหาความรู้ใหม่ 3. ทำความเข้าใจข้อมูล 4. แลกเปลี่ยนความรู้กายวิภาคศาสตร์กับจุดแนวเส้นในการนวด 5. สรุปผลจัดการความรู้ 6. การแบ่งปันความรู้ โดยลงมือปฏิบัติแนวเส้นพื้นฐาน บันทึกวิดีโอ อัปโหลดลง YouTube 7. ประยุกต์ใช้ความรู้ โดยฝึกทักษะการนวดแนวเส้นพื้นฐาน จับคู่ศึกษากับอาจารย์พี่เลี้ยงประจำกลุ่ม 3) ประสิทธิภาพการเรียนรู้ นักศึกษามีทักษะการปฏิบัติการการนวดไทย 1 มีทักษะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ขึ้นไป มีจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94 4) ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 18.93$) 5) ความพึงพอใจต่อรูปแบบ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 18.93$)

คำสำคัญ : รูปแบบการเรียนการสอน ปฏิบัติการการนวดไทย กระบวนการชิปปา ทักษะการปฏิบัติการนวดไทย

* ภาควิชาการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนนาภิเษก;

Correspond E-mail: Phakungtod@gmail.com

** ภาควิชาการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุข กาญจนนาภิเษก

Development of Instructional Model Emphasizing CIPPA Process in Thai Massage Practice I for Students of Thai Traditional Medicine Program in Kachanabishek Institute of Medical and Public Health Technology

Sarawut Phaekhungtod, TTM.*

Kanchana Nimsuntorn, Ph.D. (CHD)**

Abstract

This research and development (R&D) aimed 1) to explore the current situation of a Thai Massage Practice I 2) to develop an instructional model of using Construct Interaction Physical participation Process learning to Application Model (CIPPA Model) 3) to assess the efficacy by using student center learning with CIPPA model on pattern 4) to investigate Thailand Qualifications Framework (TQF) learning outcomes 5) to evaluate student's satisfaction toward the pattern. The sample in this study was fifty second-year students from a Thai Traditional Medicine Program. Data collection used 1) focus group interview questionnaire 2) learning style evaluation 3) Thai massage practice and skills assessment 4) TQF assessment and 5) Satisfaction assessment. Data were analyzed by content analysis and descriptive statistics.

The findings of this study were indicated 1) situations of learning management reported that students missed massage focus points, students could not provide and integrate the knowledge between Thai massage and anatomy. The students needed more frequent, active practice and access to on-demand media demonstration for practicing. 2) The teaching model for the course on Thai Massage Practice, I am using the CIPPA process. The process consists of 7 steps; step 1: review of student knowledge, step 2: knowledge acquisition new, step 3: knowledge organization, step 4: knowledge exchanging of anatomy and massage of points, step 5: knowledge summary, step 6: knowledge sharing by recording and uploading videos on YouTube and step 7: applying and practicing the massage skills on patients. 3) The average score after CIPPA on the massage skills test was 70 percent, accounting for 94 percent of students. 4) TQF Learning outcomes of students after implementing the CIPPA model were also at a much higher level ($M = 18.93$). 5) After teaching with the CIPPA model, students and instructors indicated a higher level of satisfaction ($M = 18.93$).

Keywords: instructional model, Thai massage practice, CIPPA Model, Thai massage skills

* Traditional Kachanabishek Faculty of Traditional Kachanabishek Institute of Medical and Public Health Technology ; Correspond E-mail: Phakungtod@gmail.com

** Registered Nurse, Professional Level (Community Nurse Practitioner), Faculty of Traditional Kachanabishek Institute of Medical and Public Health Technology

บทนำ

ความท้าทายที่เป็นพลวัตของโลกศตวรรษที่ 21 ทั้งในส่วนที่เป็นแรงกดดันภายนอก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของบริบทเศรษฐกิจและสังคมโลกอันเนื่องจากการปฏิวัติดิจิทัล (Digital Revolution) (วิทยากร เชียงกุล, 2552) การเปลี่ยนแปลงสู่อุตสาหกรรม 4.0 (The Fourth Industrial Revolution) การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ 2573 (Sustainable Development Goals : SDGs 2030) ที่ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันรวมทั้งผลกระทบของการเป็นประชาคมอาเซียน (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2560) และความต้องการกำลังคนที่มีทักษะในศตวรรษที่ 21 (3Rs8Cs) เป้าหมายของการจัดการศึกษา (Aspirations) 5 ประการ ซึ่งมีตัวชี้วัดเพื่อการบรรลุ เป้าหมาย 53 ตัวชี้วัด (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2560) ดังนั้นการบูรณาการในด้านการเรียนการสอน กิจกรรมและโครงการต่างๆ เพื่อสร้างเสริมประสบการณ์และทักษะการแก้ปัญหาในชีวิตจริงจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการพิจารณาหาวิธีการเพื่อปรับปรุงการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพด้านกระบวนการแสวงหาความรู้ การคิด และการแก้ปัญหาในการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์ (วิจารณ์ พานิช, 2557) ซึ่งหลักการหนึ่งที่มีความสนใจอย่างกว้างขวางคือ การจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางแบบชิปปา โมเดล (CIPPA Model) พัฒนาโดย ทิศนา ขัมมณี ซึ่งเป็นวิธีการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้มากขึ้น (ทิศนา ขัมมณี, เฉลิมชัย พันธุ์เลิศ และภาษิต ประมวลศิลป์ชัย, 2548) ผู้เรียนจะมีส่วนร่วมด้วยความกระตือรือร้น รู้สึกตื่นตัว ตื่นใจ มีความจดจ่อ ผูกพันกับสิ่งที่ทำและผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง แนวคิดหลักที่เป็นพื้นฐานของการจัดการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางแบบชิปปา มี 5 ประการ ได้แก่ 1) แนวคิดสรรค์สร้างองค์ความรู้ (Constructivism) 2) แนวคิดเรื่องกระบวนการกลุ่มและการเรียนแบบร่วมมือ (Group Process and Cooperative Learning) 3) แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมในการเรียนรู้ (Learning Readiness) 4) แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้กระบวนการ (Process Learning) และ 5) แนวคิดเกี่ยวกับการถ่ายโอนการเรียนรู้ (Transfer of Learning) (ทิศนา ขัมมณี, 2555) การเรียนการสอนอดีตถึงปัจจุบันของวิชาฝึกปฏิบัติการการนวดไทย จัดการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สอนทฤษฎีและฝึกปฏิบัติสัทธิในชั้นเรียนซึ่งผลการประเมินการจัดการเรียนการสอน มคอ. 5 ในปีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษายังขาดการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง ขาดการทบทวนทักษะการฝึกปฏิบัติ ขาดความกระตือรือร้นในการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองน้อยมาก และนำเทคโนโลยีมาใช้ในการศึกษาน้อย จึงส่งผลให้คะแนนผลการประเมินทักษะในภาพรวมต่ำกว่าร้อยละ 70

จากสภาพปัญหาการจัดการเรียนการสอนดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนให้เป็นไปตามยุคสมัยศตวรรษที่ 21 โดยการนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบชิปปา โมเดล (CIPPA Model) มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ อย่างกระตือรือร้นสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการการนวด และนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนปฏิบัติการการนวดไทยและนำไปปรับปรุงการจัดการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์การจัดการเรียนการสอน และแนวทางการพัฒนาวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 รูปแบบเดิมของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 โดยใช้ทฤษฎีชิปปา โมเดล (CIPPA Model) ของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต
- 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการเรียนรู้เรียนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทฤษฎี CIPPA Model รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 โดยประเมินจากคะแนนทักษะการปฏิบัติการการนวดไทย

4) เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ภายหลังการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยใช้ทฤษฎีชิปปา โมเดล (CIPPA Model) รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1

5) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทฤษฎี CIPPA Model รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Devolvment) โดยพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 โดยใช้ทฤษฎีชิปปา โมเดล (CIPPA Model) และศึกษาเฉพาะนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทย ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 1. นักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จังหวัดนนทบุรี จำนวนทั้งหมด 50 คน (วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก, 2560) 2. อาจารย์ประจำภาควิชาการแพทย์แผนไทย จำนวน 13 คน

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งออกเป็น

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการอภิปรายกลุ่ม คือนักศึกษาการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 6 คน อาจารย์ผู้สอนรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 จำนวน 6 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- นักศึกษาที่อยู่ระหว่างการเรียนวิชานวดไทย 1 ที่ผ่านการสอบกลางภาค ทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ เป็นตัวแทนนักศึกษาจำนวน 12 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบชิปปา โมเดล (CIPPA Model) ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จังหวัดนนทบุรี จำนวนทั้งหมด 50 คน นักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียน ภาควิชาการศึกษาที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 6 ชุด ได้แก่ 1) แนวทางการอภิปรายกลุ่มเพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเรียนการสอนของนักศึกษาและอาจารย์รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 จำนวน 5 ข้อ 2) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการนวดไทย 1 จำนวน 10 ข้อ 3) แบบประเมินทักษะบัณฑิตที่พึงประสงค์รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 จำนวน 30 ข้อ 4) แบบประเมินความพึงพอใจรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 จำนวน 20 ข้อ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาคำดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ค่า IOC มากกว่า 0.6 ทุกข้อและโดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 1. แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการนวดไทย มีค่า IOC เท่ากับ 0.78 2. แบบประเมินทักษะบัณฑิตที่พึงประสงค์ มีค่า IOC เท่ากับ 0.80 3. แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่า IOC เท่ากับ 0.83 (สรยุทธ์ กันหลง, 2560)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบเครื่องมือโดยการวัดค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้ศึกษานำแบบประเมินไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มนักศึกษาการแพทย์แผนไทย ชั้นปีที่ 3 จำนวน 10 คน โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80 โดยใช้สูตรดังนี้ (องอาจ นัยวัฒน์, 2551)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right\}$$

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n แทน จำนวนข้อของแบบทดสอบ

S_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

โดย α ต้องมีค่า 0.7 ขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรองเลขที่ KMPHT-60020074 โดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ สถานที่ติดต่อ ฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก 56 หมู่ 1 ตำบลราษฎร์นิยม อำเภอลำลูกเกด จังหวัดน่าน 11150 หมายเลขโทรศัพท์ 02-150-1203-8 โทรสาร 02-150-1202

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา

- ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- รวบรวมข้อมูลการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ที่ผ่านมา
- ประสานกลุ่มตัวแทนนักศึกษาการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทยชั้นปีที่ 3 ผู้ที่ผ่านการเรียนวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ปีการศึกษาที่ผ่านมา จำนวน 12 คน ได้แก่ 1. นักศึกษาที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 คน 2. อาจารย์ที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 คน
- สร้างแนวคำถามการสนทนากลุ่มและตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 จากผลการบันทึกแผนสอนรายครั้ง มคอ.3

- วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 จากกลุ่มนักศึกษาและกลุ่มอาจารย์ผู้ร่วมสอน โดยการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) ปัญหาการจัดการเรียนการสอนแบบเดิมสรุปปัญหาที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ขั้นพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน

- ออกแบบรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ทฤษฎีชิปปา โมเดล (CIPPA Model) ในรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1

- ตรวจสอบความถูกต้องของรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

- สร้างใบงานใช้เกณฑ์ของหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต และคำอธิบายรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 โดยอาจารย์ประจำภาควิชาการแพทย์แผนไทย ให้เข้าใจหลักชิปปา โมเดล (CIPPA Model) ทั้ง 7 ขั้นตอน พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวัดและประเมินผลอย่างชัดเจน

- สร้างแบบประเมินทักษะปฏิบัติการการนวดไทย 1 จำนวน 10 ข้อ ก่อน-หลังเรียนรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับคุณภาพก่อนนำไปใช้

- สร้างแบบประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา จำนวน 30 ข้อ และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับคุณภาพของรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ เกณฑ์การประเมิน rating scale ในแต่ละระดับ ทักษะที่จำเป็นต้องวัดในขณะทำการนวดรักษาตามสาขาวิชาชีพกำหนด เป็นต้น

- สร้างแบบประเมินความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 จำนวน 20 ข้อ และตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับคุณภาพก่อนการนำไปใช้

ระยะที่ 3 ขั้นการทดลองใช้

- ชี้แจงกระบวนการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 และฝึกปฏิบัติ 10 สัปดาห์ตาม มคอ.3 กำหนด และอธิบายขั้นตอนและดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนความรู้เดิม โดยการทบทวนศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับกายวิภาคศาสตร์กับการปฏิบัติการนวดไทย ขั้นตอนที่ 2 การแสวงหาความรู้ใหม่โดยการมอบหมายให้นักศึกษาไปศึกษาค้นคว้า การนวดแนวเส้นพื้นฐาน 10 แนวเส้น ขั้นตอนที่ 3 ทำความเข้าใจข้อมูล และเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิม ขั้นตอนที่ 4 การแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม ขั้นตอนที่ 5 ขึ้นสรุปและจัดระเบียบความรู้โดยสรุปองค์ความรู้เดิมและเพิ่มเติมองค์ความรู้ใหม่ ขั้นตอนที่ 6 การลงมือปฏิบัตินวดแนวเส้นพื้นฐานอธิบายกายวิภาคศาสตร์ ตรงตำแหน่งที่นวด ขั้นตอนที่ 7 การประยุกต์ใช้ความรู้ ฝึกทักษะการนวดแนวเส้นพื้นฐาน 10 โดยการจับคู่ศึกษากับอาจารย์พี่เลี้ยงประจำกลุ่มโดยให้อาจารย์สมมุติบทบาทเป็นผู้รับบริการ

- ประเมินทักษะการปฏิบัติการนวดไทย รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 เมื่อครบกำหนดการทดลองและประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1

- ประเมินทักษะโดยการทดสอบหลังการทดลองการจัดการเรียนการสอน รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ โดยนักศึกษากำหนดเวลาที่ตนว่างและอาจารย์ประจำกลุ่มพร้อมสอบ

ระยะที่ 4 ขั้นประเมินผล

- วิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความรู้แบบทดสอบหลังการทดลองรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1

- วิเคราะห์ผลการประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1

- วิเคราะห์ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานการเรียนรู้รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแนวคำถามการสนทนากลุ่มอาจารย์และนักศึกษา โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสรุปออกมาเป็นประเด็นปัญหาและความต้องการพัฒนาการเรียนการสอน
2. วิเคราะห์คะแนนทักษะการปฏิบัติการการนวดไทย โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และนำเสนอรูปตารางประกอบความเรียง
3. วิเคราะห์ข้อมูลผลการเรียนรู้ตามมาตรฐาน โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และนำเสนอรูปแบบตารางประกอบความเรียง
4. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และนำเสนอรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1

การสนทนากลุ่มผู้เรียน: ที่เคยผ่านการเรียนรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 สรุปได้ดังนี้

1. การเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 แบบเดิม การเรียนการสอนบรรยาย และสาธิตย้อนกลับ มีการพูดคุยน้อย การทบทวนเรื่องทำนวดโดยการดูวิดีโอ (VDO) ภาพเคลื่อนไหวจะน้อย สอนตัวหนังสือและปฏิบัติมากไปมีการทวนน้อย
2. ปัญหาในการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 รูปแบบเดิมหรือไม่ พบว่าสื่อการเรียนการสอนมีน้อย การทบทวนการปฏิบัติมีภาพเคลื่อนไหวน้อย ต้องทวนหลายๆ รอบสำหรับการนวด การพูดคุยสื่อสารกับผู้เรียนอาจารย์และผู้รับบริการน้อย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ชั่วโมงสั้นๆ จำทำนวดไม่ค่อยได้ เทคโนโลยีมีน้อยในการเรียน
3. รูปแบบการจัดการเรียนรู้รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ที่ต้องการควรมีลักษณะที่เป็นสื่อออนไลน์มากขึ้น มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันมากขึ้น ให้อาจารย์มาดูแลการปฏิบัติบ่อยๆ ว่านักศึกษาทำถูกหรือไม่ อยากรู้มีท่าและเทคนิคในการจำมากขึ้น ให้อาจารย์มีเวลาสอนให้มากกว่านี้ ข้อสอบหรือการให้คะแนน ให้อาจารย์แจ้งและมีความชัดเจนมากกว่านี้
4. ต้องการรูปแบบการจัดการเรียนรู้รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ที่เน้นการลงมือปฏิบัติเพื่อจะได้แม่นยำมากขึ้น เวลาในการฝึกควรมีความเหมาะสมในการปฏิบัติมือสื่อออนไลน์ดูตัวอย่าง มีการใช้เทคโนโลยีในการเรียนการสอน เช่น ไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (Facebook) สื่อ Media เป็นต้น เพื่อความสะดวกในการทบทวนการเรียนการสอน อยากรู้กับ Case จริงบ่อยๆ
5. ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทฤษฎีชิปปา โมเดล (CIPPA Model) พบว่า เป็นการเรียนที่นักศึกษาได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีอิสระในการคิด บางครั้งงานเยอะเกินไปไม่มีเวลาพักผ่อน ฝึกให้เราคิดวิเคราะห์ผิดถูกด้วยตนเองแต่ควรมีอาจารย์ที่ปรึกษาที่ดีในการให้คำปรึกษา ฝึกการสื่อสารกับเพื่อนในชั้นเรียน ฝึกความอดทนในการทำงานเป็นทีม ผู้เรียนกล้าแสดงออกมากยิ่งขึ้น

สรุปปัญหาจาก มคอ. 5

นักศึกษายังขาดการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง ขาดการทบทวนทักษะการฝึกปฏิบัติ ขาดความกระตือรือร้นในการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และขาดการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการศึกษาจึงส่งผลให้คะแนนผลการประเมินทักษะในภาพรวมต่ำกว่าร้อยละ 70

สรุปปัญหาจากการสนทนากลุ่มนักศึกษาและอาจารย์ภายในภาควิชาการแพทย์แผนไทย มีดังนี้ การยกกระดานยังไม่ได้ตามเวลาที่กำหนดโดยเฉพาะผู้หญิง ทิศทาง แรงกด ไม่แม่นยำ ขาดการอธิบายทฤษฎีในการนวดไทยกับกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา ความมั่นใจการนวดรักษา กำลังมือ จรรยาบรรณวิชาชีพ มีแนวทางในการวางแผนในการทำงาน ระเบียบราชสำนัก ขาดความมั่นใจในทักษะการนวด องค์การนวด การลงน้ำหนัก การกดจุดตามตำแหน่ง การจัดท่าผู้ป่วย และการแต่งรสมือ สื่อการเรียนการสอนหลายช่องทางสำหรับการเรียน

ระยะที่ 2 ขั้นพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน

รูปแบบการเรียนการสอนวิชาฝึกปฏิบัติการการนวดไทย 1 โดยใช้ ชิปปา โมเดล (CIPPA Model) พบว่าประกอบไป 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนความรู้เดิม โดยการทบทวนศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการการนวดไทย คือ ทฤษฎีการนวดไทย กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา โดยการให้นักศึกษายกตัวอย่างชื่อกระดูกและกล้ามเนื้อ บริเวณต่างๆ ของร่างกาย (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ โรงเรียนอายุรเวท, 2548)

ขั้นตอนที่ 2 การแสวงหาความรู้ใหม่ โดยการมอบหมายให้นักศึกษาไปศึกษาค้นคว้า การนวดแนวเส้นพื้นฐาน 10 แนวเส้น จากตำราการแพทย์แผนไทย และเว็บไซต์ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย หรือเว็บไซต์ที่มีความน่าเชื่อถือ

ขั้นตอนที่ 3 ทำความเข้าใจข้อมูล และเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิม ด้วยตนเอง เพื่อทำความเข้าใจวิธีการนวดแนวเส้นพื้นฐานว่ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของกระดูกและกล้ามเนื้อแต่ละตำแหน่งอย่างไร เพื่อสรุปความเข้าใจของตนเอง (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ, 2552)

ขั้นตอนที่ 4 การแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม โดยการแบ่งกลุ่มนักศึกษา ตามอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม เพื่ออภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างในกลุ่มและความเข้าใจในประเด็น ต่างๆ ไปพร้อมๆ กัน โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำปรึกษาแนะนำ

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นสรุปและจัดระเบียบความรู้ โดยสรุปองค์ความรู้เดิมและเพิ่มเติมองค์ความรู้ใหม่ โดยการใช้ mind map มาช่วยในการจัดระเบียบความคิดให้ง่ายต่อการจำ โดยผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม สร้างคู่มืออาจารย์ผู้สอน คู่มือผู้เรียน

ขั้นตอนที่ 6 การลงมือปฏิบัติ หรือการแสดงผลงาน ให้นักศึกษาลงมือปฏิบัติการนวดแนวเส้นพื้นฐานพร้อมทั้งอธิบายการทำหน้าที่ของกระดูกและกล้ามเนื้อตามหลักกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา ตรงตำแหน่งที่นวด พร้อมทั้งมอบหมายให้นักศึกษานำองค์ความรู้มาสรุปและจัดทำสื่อการเรียนการสอน เป็นมัลติมีเดีย คือวิดีโอสาธิตการนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน โดยผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม จากนั้นอัปโหลดลง ยูทูบ (YouTube) เพื่อใช้สำหรับการทบทวนการฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 7 การประยุกต์ใช้ความรู้ ฝึกทักษะการนวดแนวเส้นพื้นฐาน โดยการจับคู่ศึกษากับอาจารย์พี่เลี้ยงประจำกลุ่ม โดยให้อาจารย์สมมุติบทบาทเป็นผู้รับบริการและให้นักศึกษาเป็นผู้นวด เพื่อให้อาจารย์ประเมินทักษะการนวดของนักศึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนวด เพิ่มทักษะในการนวด และให้คำปรึกษานักศึกษาอย่างใกล้ชิด

ระยะที่ 3 ขั้นทดลองใช้

ดำเนินการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ทฤษฎีชิปปา โมเดล (CIPPA Model) 7 ขั้นตอน แก่อาจารย์ผู้สอนและนักศึกษา ประเมินความรู้โดยทดสอบก่อนการทดลอง ประเมินทักษะผลการเรียนรู้หลังจัดกิจกรรมประเมินความพึงพอใจและประเมินความรู้โดยการทดสอบหลังการทดลองรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย

ระยะที่ 4 ขึ้นประเมินผล

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ทักษะการปฏิบัติการการนวดไทย ($n = 50$)

ทักษะการปฏิบัติการการนวดไทย				คะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70		
N	คะแนนเต็ม	M	SD	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
50	18	14.04	0.92	48	47	94

จากตารางที่ 1 พบว่า นักศึกษาทั้งหมด 50 คน มีคะแนนทักษะการปฏิบัติการการนวดไทย โดยเฉลี่ยเท่ากับ 14.04 คิดเป็นร้อยละ 48 ของคะแนนเต็ม และนักศึกษาที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ขึ้นไป มีจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยมีผลการประเมินทักษะพื้นฐานการปฏิบัติการการนวดไทย แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการปฏิบัติการการนวดไทยของนักศึกษาทุกกลุ่มตัวอย่าง ($n=50$)

N=50	ทักษะระเบียบ ราชสำนัก	ทักษะองศา การนวด	ทักษะการ ลงน้ำหนัก	ทักษะการกดจุด ตามตำแหน่ง	ทักษะการจัด ท่าผู้ป่วย	ทักษะการ แต่งรสมือ
Mean	2.50	1.77	2.60	2.04	2.88	2.25
SD.	0.37	0.61	0.57	0.54	0.33	0.43

จากตารางที่ 2 พบว่านักศึกษาทั้งหมด 50 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะระเบียบราชสำนัก เท่ากับ 2.50 ทักษะองศาการนวด เท่ากับ 1.77 ทักษะการลงน้ำหนัก เท่ากับ 2.60 ทักษะการกดจุดตามตำแหน่ง เท่ากับ 2.04 ทักษะการจัดท่าผู้ป่วย เท่ากับ 2.88 และทักษะการแต่งรสมือเท่ากับ 2.25 ทักษะปฏิบัติการการนวดไทย โดยเฉลี่ยเท่ากับ 14.04 คิดเป็นร้อยละ 48 ของคะแนนเต็ม และนักศึกษาที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ขึ้นไป มีจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ภายหลังการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบ วิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ปีการศึกษา 2560 จำแนกตามภาพรวมและรายด้าน ($n = 50$)

ลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์	ระดับทักษะ		
	M	SD	ระดับ
1. ด้านคุณธรรมจริยธรรม	3.77	0.54	มาก
2. ด้านความรู้	3.53	0.53	มาก
3. ด้านทักษะทางปัญญา	3.38	0.57	ปานกลาง
4. ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	3.72	0.70	มาก
5. ด้านทักษะในการวิเคราะห์ เชิงตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	3.72	0.70	มาก
ภาพรวม	3.62	0.49	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์รอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ภายหลังการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบ วิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ปีการศึกษา 2560 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.62$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มากที่สุดคือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม อยู่ในระดับมาก ($M = 3.77$) รองลงมาคือ ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะ

ในการวิเคราะห์เชิงตัวเลข และการสื่อสารเทคโนโลยีสารสนเทศ อยู่ในระดับมาก ($M = 3.72$) และในด้านความรู้ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.38$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยใช้ทฤษฎีซิปปา โมเดล (CIPPA Model) รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย จำแนกตามภาพรวมและรายด้าน ($n = 50$)

รายการ	ความพึงพอใจ		
	M	SD	ระดับ
1. ด้านการจัดการเรียนรู้ของครูผู้สอน	3.41	0.53	ปานกลาง
2. ด้านสื่อการเรียนการสอน	3.29	0.65	ปานกลาง
3. ด้านการวัดและประเมินผล	3.00	0.85	ปานกลาง
4. ด้านประโยชน์ในการนำไปใช้	4.06	0.81	มาก
รวม	3.39	0.60	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทฤษฎี CIPPA Model รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.39$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มากที่สุด คือ ด้านประโยชน์ในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.06$) รองลงมา คือ ด้านการจัดการเรียนรู้ของครูผู้สอน อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.41$) และในด้านการวัดและประเมินผลมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.00$)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) จากการสนทนากลุ่ม พบว่า สถานการณ์และสภาพปัญหา และแนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 จากการสนทนากลุ่ม พบว่า สถานการณ์และสภาพปัญหา พบว่า ผลการประเมินการสอบกลางภาคภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติของนักศึกษา หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีปัญหามาจากนักศึกษามีทิศทางการนวดแรงกดจุด ไม่แม่นยำ อธิบายทฤษฎีในการนวดไทยกับกายวิภาคศาสตร์ได้น้อย ควรเน้นการลงมือปฏิบัติเพิ่มเวลาในการฝึกปฏิบัติ ควรมีสื่อออนไลน์สาธิตการปฏิบัติ ประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศประกอบการจัดการเรียนการสอน

แนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนมีดังนี้ ควรมีการลงมือปฏิบัติเป็นอย่างยิ่งเป็นการฝึกเพื่อจะได้แม่นยำมากขึ้น เวลาในการฝึกควรมีความเหมาะสมในการปฏิบัติ มีสื่อออนไลน์ตัวอย่าง มีการใช้เทคโนโลยีในการเรียน เช่น ไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (Facebook) สื่อมัลติมีเดีย เป็นต้น เพื่อความสะดวกในการทบทวนการเรียนการสอน นักศึกษาต้องการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง (Case) มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันมากขึ้น อยากให้อาจารย์มาดูแลการปฏิบัติบ่อยๆ ว่านักศึกษาทำถูกหรือไม่ อยากให้มีท่าและเทคนิคในการจำมากขึ้น

2) รูปแบบการจัดการเรียนรู้ พบว่า ขั้นที่ 1) การทบทวนความรู้เดิม แผนการจัดการเรียนรู้ ที่ประกอบไปด้วยกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสาธิตโดยอาจารย์ ผลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า นักศึกษามีข้อซักถามและตั้งใจสังเกตการปฏิบัติของอาจารย์และนักศึกษากันตัวอย่างซื่อกระตือรือร้นและกล้าเมื่อบริเวณต่างๆ ของร่างกายภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

ขั้นที่ 2) การแสวงหาความรู้ใหม่แบ่งกลุ่มโดยการจับฉลากและมีอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มศึกษาค้นคว้าการนวดแนวเส้นพื้นฐาน 10 แนวเส้น จากตำราการแพทย์แผนไทย และเว็บไซต์ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย

หรือเว็บไซต์ที่มีความน่าเชื่อถือ ผลจากการประเมินผลงานและการตั้งคำถามระหว่างผู้เรียนและผู้สอนจากการตรวจชิ้นงานและสนทนา นักศึกษามีการศึกษาค้นคว้าที่หลากหลาย น่าเชื่อถือและตอบคำถามได้ถูกต้อง

ขั้นที่ 3) การศึกษาทำความเข้าใจข้อมูล ศึกษาค้นคว้าในกลุ่ม นำเสนอสาธิตในห้องเรียน ผลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและตรวจชิ้นงาน สามารถเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิมด้วยตนเอง เพื่อทำความเข้าใจวิธีการนวดแนวเส้นพื้นฐานว่ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของกระดูกและกล้ามเนื้อแต่ละตำแหน่งอย่างไร เพื่อสรุปความเข้าใจของตนเอง

ขั้นที่ 4) การแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม ผลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและเพื่อนประเมินเพื่อน นักศึกษามีการทำความเข้าใจกับเนื้อหา มีการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่ม มีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดการเรียนรู้อยู่ภายในกลุ่ม และฝึกปฏิบัติกับเพื่อนในกลุ่มก่อนมาสาธิตหน้าชั้นเรียน เพื่ออภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างในกลุ่ม และความเข้าใจในประเด็นต่างๆ ไปพร้อมๆ กัน โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำปรึกษาแนะนำ

ขั้นที่ 5) การสรุปและจัดระเบียบความรู้ ผลจากการให้คำปรึกษาชิ้นงานและสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยสรุปองค์ความรู้เดิมและเพิ่มเติมองค์ความรู้ใหม่ โดยการใช้ผังความคิด (Mind map) มาช่วยในการจัดระเบียบความคิดให้ง่ายต่อการจำโดยผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม สร้างคู่มืออาจารย์ผู้สอนคู่มือผู้เรียน สามารถอภิปรายผลในสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างดี

ขั้นที่ 6) การปฏิบัติและ/หรือการแสดงผลงาน ผลจากจากกิจกรรมประเมินจากสื่อทั้งผู้เชี่ยวชาญและผู้สนใจ ให้นักศึกษาลงมือปฏิบัติการนวดแนวเส้นพื้นฐาน พร้อมทั้งอธิบายการทำหน้าที่ของกระดูกและกล้ามเนื้อตามหลักกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาตามตำแหน่งที่นวด พร้อมทั้งมอบหมายให้นักศึกษานำองค์ความรู้มาสรุปและจัดทำสื่อการเรียนการสอน เป็นมัลติมีเดีย คือวิดีโอสาธิตการนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน โดยผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม จากนั้นอัปโหลดลงยูทูป (YouTube) เพื่อใช้สำหรับการทบทวนการฝึกปฏิบัติ

ขั้นที่ 7) การประยุกต์ใช้ความรู้ ผลการประยุกต์ใช้ความรู้ ฝึกทักษะการนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน โดยการจับคู่ศึกษากับอาจารย์พี่เลี้ยงประจำกลุ่ม โดยให้อาจารย์สมมุติบทบาทเป็นผู้รับบริการและให้นักศึกษาเป็นผู้นวดเพื่อให้อาจารย์ประเมินทักษะการนวดของนักศึกษาพร้อมทั้งให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนวด เพิ่มทักษะในการนวด และให้คำปรึกษานักศึกษาอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการประยุกต์ใช้การตั้งคำถามการตอบระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารด้านมัลติมีเดียได้อย่างเหมาะสม

สรุปผลที่ได้จากการเรียนการสอนแบบซิปปา โมเดล (CIPPA Model) วิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ผู้เรียนต้องมียุทธศาสตร์ที่เป็นพื้นฐาน โดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ที่เป็นปัจจุบัน และทำความเข้าใจด้วยตนเอง ก่อนนำมาแลกเปลี่ยนความรู้ในกลุ่ม เป็นการฝึกการแลกเปลี่ยนความรู้สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หลังจากนั้นสรุปและจัดระเบียบความรู้ที่กลั่นกรองและได้วิเคราะห์แล้ว มาลงมือปฏิบัติตามองค์ความรู้ที่ได้วิเคราะห์โดยฝึกปฏิบัติอย่างน้อย 4 ครั้งเพื่อให้เกิดความแม่นยำ เมื่อเกิดองค์ความรู้สู่การปฏิบัติกับคนปกติหรือเพื่อนร่วมห้องจนเป็นทักษะที่แม่นยำ ก็นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการโดยสมมติ Case ที่เป็นโรคทั่วไป เพื่อให้ฝึกปฏิบัติตามการนวดแนวเส้นพื้นฐานเบื้องต้น ให้เกิดความรู้ความเข้าใจก่อนสู่การเรียนขั้นต่อไป

3) ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทฤษฎีซิปปา โมเดล (CIPPA Model) กับรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ทักษะการปฏิบัติการการนวดไทย นักศึกษาทั้งหมด 50 คน พบว่า มีคะแนนทักษะการปฏิบัติการการนวดไทย โดยเฉลี่ยเท่ากับ 14.04 คิดเป็นร้อยละ 48 ของคะแนนเต็ม และนักศึกษาที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ขึ้นไป มีจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94 ของจำนวนผู้เรียน นั่นเป็นเพราะการสอนแบบ CIPPA โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและฝึกฝนสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของสุนทร สันธพานนท์ และคณะ (2554) ที่ได้กล่าวว่า โมเดลซิปปา (CIPPA Model) เป็นแนวคิดในการจัดการเรียนการสอนของทิตนา แคมมณี ซึ่งมาจากแนวคิดทางการศึกษาของจอห์น ดิวอี้ (John Dewey) เป็นผู้คิดเรื่องการเรียนรู้โดย

การกระทำ (Learning by Doing) ผู้เรียนเรียนรู้โดยการลงมือปฏิบัติ ผู้สอนเป็นผู้จัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน ผู้เรียนมีส่วนร่วม (Active Participation) โดยการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นมีใจจดจ่อผูกพันกับสิ่งที่ทำการศึกษา ค้นคว้า รวบรวมข้อมูล แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ระหว่างกัน ผู้เรียนรู้จักสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง ได้เรียนรู้กระบวนการควบคู่กับการปฏิบัติ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษารายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 หลังการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 18.93$) พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านคุณธรรมจริยธรรม มากที่สุด คือ เปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้แสดงความคิดหรือพฤติกรรมในแบบของตนเอง ($M = 19.04$) เพราะนักศึกษา มีการสร้างระเบียบให้ตนเอง และมีโอกาสถ่ายทอดความคิดของตนเพื่อแลกเปลี่ยนได้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย (สุดเฉลิม ศัสตราภักษ์, 2560) การจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 แบบห้องเรียนกลับด้าน เพื่อการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม อยู่ในระดับมาก คือ ด้านการร่วมมือและในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อระดับทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม คือ ปัจจัยการเตรียมความพร้อม มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทางบวก

5) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้ รายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.39$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มากที่สุด คือ ด้านประโยชน์ในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.06$) จากการที่ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริง และเกิดประโยชน์ต่อผู้เรียน สามารถนำไปใช้ได้และรูปแบบการสอนพัฒนามาจากปัญหาของผู้เรียนซึ่งได้รับการแก้ไข รวมทั้งผู้สอนมีเวลาให้ผู้เรียนยอมรับฟังความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้ปฏิบัติเต็มความสามารถ ซึ่งสอดคล้องกับ (เกวลี ผังดี, 2556) ความพึงพอใจที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรของภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนปีการศึกษา 2556 ทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับปานกลางโดยเรียงอันดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1. ด้านรายวิชาในหลักสูตร 2. ด้านวิธีการสอน และกิจกรรมการเรียนการสอน 3. ด้านผู้สอน 4. ด้านการวัดและประเมินผลการเรียนการสอน และ 5. ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน

จุดเด่นของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ นักศึกษามีองค์ความรู้ที่เป็นพื้นฐาน เพิ่มมากขึ้นจากการฝึกทักษะ และทำความเข้าใจด้วยตนเอง ก่อนนำมาแลกเปลี่ยนความรู้ในกลุ่มเป็นการฝึกการแลกเปลี่ยนความรู้ สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่งผลให้นักศึกษาสามารถสรุปและจัดระเบียบความรู้ที่กลั่นกรองและได้วิเคราะห์แล้ว มาลงมือปฏิบัติตามองค์ความรู้ที่ได้วิเคราะห์ได้ผ่านการฝึกปฏิบัติอย่างน้อย 4 ครั้งเพื่อให้เกิดความแม่นยำ เมื่อเกิดองค์ความรู้สู่การปฏิบัติกับคนปกติหรือเพื่อนร่วมห้องจนเป็นทักษะที่แม่นยำ จากนั้นสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการโดยสมมติ Case ที่เป็นโรคทั่วไป เพื่อให้ฝึกปฏิบัติตามการนวดแนวเส้นพื้นฐานเบื้องต้น ให้เกิดความรู้ความเข้าใจก่อนสู่การเรียนรู้ขั้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

- 1) เนื่องจากปริมาณงานที่ให้นักศึกษามีมากเพื่อให้สอดคล้องกับรายวิชา ต้องมีการปรับจำนวนงานให้เหมาะสมและเพิ่มวิธีการสอนแบบใหม่
- 2) ใช้ระบบการเรียนการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับรายวิชาให้มากขึ้น เนื่องจากวิชานี้เป็นวิชาเฉพาะและใช้ศิลปะในการสอน ดังนั้นผู้สอนต้องมีประสบการณ์ด้านการสอน สามารถเชื่อมโยงแพทย์แผนไทยกับวิทยาศาสตร์ได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) จัดการสอนโดยใช้กระบวนการซิปปา โมเดล (CIPPA Model) อย่างต่อเนื่องในวิชาปฏิบัติการการนวดไทย นักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กับมหาวิทยาลัย

2) สามารถนำกระบวนการซิปปา โมเดล (CIPPA Model) ขยายผลไปยังวิชาปฏิบัติอื่นๆ ที่มีลักษณะวิชาคล้ายคลึงกัน เพื่อส่งเสริมการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาชื่อเรื่องการพัฒนากระบวนการเรียนการสอน วิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก อาจารย์และนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2560). *แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2560-2579*.

กรุงเทพฯ: พรักหวานกราฟฟิค.

เกวลี ผังดี. (2556). *ความพึงพอใจที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรของภาควิชาสถิติ*. ปรินญา

วิทยาศาสตร์บัณฑิต, สาขาวิชาสถิติ, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทิตนา แหมมณี, เณิมชัย พันธุ์เลิศ และภาสิต ประมวลศิลป์ชัย. (2548). *การจัดการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบซิปปา*

(CIPPA Model). กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาคุณภาพวิชาการ.

ทิตนา แหมมณี. (2555). *องค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. กรุงเทพมหานคร:

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม ฯ โรงเรียนอายุรเวท. (2548). *หัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก)*.

กรุงเทพมหานคร: บริษัท พินเนต พรินต์ติ้ง เซ็นเตอร์จำกัด.

มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ และโรงเรียนอายุรเวทธำรง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะ

แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2552). *หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวด ไทยแบบ*

ราชสำนัก) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 การนวดพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร: ศุภนิชการพิมพ์. .

วิจารณ์ พานิช. (2557). *การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21*. นครปฐม: ส เจริญ การพิมพ์.

วิทยากร เชียงกูล. (2552). *รายงานการสังเคราะห์ผลการวิจัยปฏิรูปการศึกษาของประเทศฟินแลนด์ นิวซีแลนด์*

เกาหลีใต้ สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร จีน เวียดนาม และไทย (เอกสารอัดสำเนา).

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก. (2560). *ทะเบียนและวัดประเมินผล*. นนทบุรี:

ฝ่ายงานทะเบียนและวัดประเมินผล.

สรายุทธ กันหลง. (1 พฤศจิกายน 2560). *ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC : Index of*

Item Objective Congruence). สืบค้นจาก www.ipernity.com: www.ipernity.com

สุคนธ์ สินธพานนท์, พงษ์จันทร์ สุขยิ่ง, จินตนา วีระเกียรติสุนทร และพิวัสสา นภารัตน์. (2554). *วิธีสอนตามแนว*

ปฏิรูปการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพของเยาวชน. กรุงเทพมหานคร: เทคนิคพรินต์นิตาน.

สุดเฉลิม ศัสตราภักษ์. (2560). *การจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 แบบห้องเรียนกลับด้าน เพื่อการ*

พัฒนาทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม. *วารสารวิทยบริการ*, 18(1), 100-108.

องอาจ นัยพัฒน์. (2551). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*.

กรุงเทพมหานคร: สามลดา.

**ผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดต่อการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและ
ความกลัวต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม**

เบญญาภา ศรีปัญญา, วท.ม.*
บรรณลธิธิ ลิทธิบรรณกุล, ประ.ด.**

Received : 28 พฤษภาคม 2562

Revised : 19 ธันวาคม 2562

Accepted: 20 มกราคม 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืด ต่อการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม อาสาสมัครเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 40 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืด สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 45 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการทรงตัวด้วยการทดสอบการเดินไป-กลับระยะทาง 3 เมตร แบบประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วยการทดสอบการลุกนั่ง 5 ครั้ง และวิธียืนยกเข่าขึ้น-ลง 2 นาที และแบบประเมินความกลัวการหกล้ม เครื่องมือในการทดลองประกอบด้วย วิดีทัศน์ และเอกสารคู่มือการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลองอาสาสมัครในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวการหกล้มแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 18.94, 31.24, 5.98; p < .025$) และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวการหกล้มแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .025 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดต่อการเพิ่มการทรงตัว และลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืด เพื่อป้องกันการหกล้ม

คำสำคัญ: การออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืด การทรงตัว ความกลัวการหกล้ม
ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

* อาจารย์ประจำสาขาวิชานาฏยศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ; Correspond E-mail: benyapha_ph@hotmail.co.th

** อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมศาสตร์และพลศึกษา คณะศิลปศาสตร์และวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

Effects of 9-Square Table and Rubber Chain Elastic Exercise on Balance, Muscles Strength and Fear of Falling among the Fall-Risk Elderly

Benyapha Sripanya, M.Sc.*

Bannasit Sitthibannakul, Ph.D.**

Abstract

This Quasi-experimental study aimed to investigate the results of the nine-square table and elastic rubber chain exercise on balance, leg muscle strength, and the fear of falling in the risk-fall elderlies. Participants were 40 fall-risk elderlies, who were living in Meuang District, Sakon Nakhon province. They were divided into two groups, an experimental and a control group. An experimental group (n=20) was received the 9-square table and a rubber chain exercise program for 45 minutes per time, three days per week, for eight weeks. A control group (n=20) was treated as a standard intervention. Data were collected personal data form, the Time Up and Go Test form, the recording form five times sit to stand test, the recording form a 2-minute step test and the questionnaire to evaluate fear of falling. The experimental instruments consisted of videotapes and handbooks regarding nine-square table and rubber chain elastic exercise. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Repeated Measures ANOVA.

Results from the study revealed that the experimental group reported balance performance, muscle strength, and fear of falling score at the end of intervention were significantly different than the control group ($F = 18.94, 31.24, 5.98; p < .025$). Moreover, in the fourth and the eighth week after the program, the balance performance, muscle strength, and fear of falling scores were statistically significantly different than those before the program at the significance level of .025. These findings indicate that the nine-square table and elastic rubber chain exercise program helps increase balancing perforce and reduce the fear of falling in the elderly. Thus, the health care team can use the nine-square table and elastic rubber chain exercise to prevent falling in the elderly.

Keywords: 9-square table and elastic chain exercise, balance, fear of falling, fall-risk elderly

* Lecturer, Department of Community Health, Faculty of Public health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus; Correspond E-mail: benyapha_ph@hotmail.co.th

** Lecturer, Department of Social Sciences and Physical Education, Faculty of Liberal Arts and Management Science, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

บทนำ

การหกล้ม (falling) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าการหกล้มเป็นสาเหตุอันดับสองของการบาดเจ็บหรือการเสียชีวิตทั่วโลก ซึ่งในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์หกล้มในแต่ละปี ประมาณร้อยละ 28-35 และมีแนวโน้มเกิดการหกล้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุ โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุในชุมชนมีอุบัติการณ์หกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปี (World Health Organization, 2016) สำหรับในประเทศไทยจากการคาดการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีพ.ศ. 2560-2564 คาดการณ์ว่าอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 3 เท่า (นิพา ศรีช้าง และ ลลิตรา ก้าววิ, 2560, หน้า 1-8) โดยในรอบ 6 เดือน ผู้สูงอายุมีอัตราการหกล้มร้อยละ 19.5 โดยเพศหญิงเกิดการหกล้มมากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า (นนุช วงศ์สว่าง และคณะ, หน้า 2492-2506) โดยผลกระทบที่เกิดจากการหกล้มในผู้สูงอายุมีตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงการบาดเจ็บรุนแรงที่พบบ่อย เช่น อาการฟกช้ำ ปวดกล้ามเนื้อ บาดแผล กระดูกหัก โดยตำแหน่งที่พบบ่อยคือสะโพก ข้อเท้า และเข่า หรือบางคนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จนบางคนอาจสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเกิดความพิการหรือส่งผลให้เสียชีวิตในที่สุด (Ferretti, et al., 2013, pp. 753-762; Terroso, et al., 2014, pp. 51-59) นอกจากนี้การหกล้มยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะเกิดความกังวล ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเคลื่อนไหว การเดิน กิจวัตรประจำวันถูกจำกัด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Mishra, et al., 2017, pp. 1456-1460) ซึ่งในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง จะมีโอกาสหกล้มซ้ำได้อีกภายในระยะเวลา 1 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะความกลัวการหกล้ม (fear of falling) จึงทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทรงตัวลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้มซ้ำได้อีก (ชุตินา ชลาชนเดชะ, 2557, หน้า 6-16)

การออกกำลังกายสามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถลดอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 32 และลดจำนวนผู้หกล้มได้ร้อยละ 22 (Hamed, et al, 2018, pp. 1-19) ทั้งนี้ยังพบว่าการออกกำลังกายเป็นเวลา 6 สัปดาห์ในผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มสามารถเพิ่มความมั่นใจในตัวเองขณะเคลื่อนไหว เพิ่มความสามารถในการทรงตัว ลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้วย (Means, et al., 2003, pp. 1456-1460) ปัจจุบันได้มีการนำการออกกำลังกายหลายรูปแบบมาเพิ่มความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ และลดการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ พิลาทิส (Pilates) (Barker, Bird & Talevski, 2015, pp. 715-723) ไทชิ (Tai chi) (Dongling, et al, 2019, pp. 1-6) ซึ่งการออกกำลังกายบนตารางเก้าช่อง และยางยืดก็เป็นอีกหนึ่งการออกกำลังกายที่กำลังนิยมมากในผู้สูงอายุ โดยตารางเก้าช่องถูกพัฒนาขึ้นโดยรองศาสตราจารย์เจริญ กระบวนรัตน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (เจริญ กระบวนรัตน์, 2550, หน้า 166-167) เป็นรูปแบบการออกกำลังกายแบบที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลากหลายรูปแบบ ในทิศทางต่างๆ เพื่อเป็นการฝึกปฏิบัติการรับรู้ และการประสานสัมพันธ์ระหว่างระบบประสาท และระบบกระดูกกล้ามเนื้อขณะเคลื่อนไหว ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว (น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และคณะ, 2559, หน้า 93-102) เพิ่มความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อข้อต่อ และเพิ่มความหนาของมวลกระดูก (จันทนา รณฤทธิวิชัย และคณะ, 2552, หน้า 68-76) ส่วนการออกกำลังกายด้วยยางยืดเป็นรูปแบบของการออกกำลังกายที่ต้องมีแรงต้านของกล้ามเนื้อทั้งขณะออกแรงยืดและหดยาง ทำให้มีผลต่อการเพิ่มความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อ และเพิ่มการทรงตัว (สกุรัตน์ อัครโกสินชัย และคณะ, 2554, หน้า 110-120) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการศึกษาผลของตาราง

เก้าช่องต่อการป้องกันการหกล้มค่อนข้างน้อย โดยส่วนใหญ่ศึกษาเพียงผลของตารางเก้าช่องต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว ซึ่งใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 30 คน และระยะเวลาในการศึกษาค่อนข้างสั้นเพียง 4 สัปดาห์ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบผลของการออกกำลังกายแบบตารางเก้าช่อง และยางยืดต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม

จากข้อมูลดังกล่าวจึงควรมีการศึกษาค้นคว้าผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ต่อการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวการหกล้มซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดที่มีผลต่อการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

สมมุติฐานการวิจัย

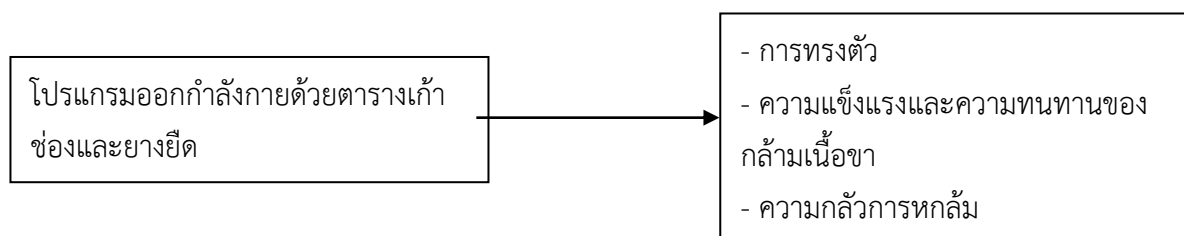
1. ค่าเฉลี่ยของการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวการหกล้มในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม
2. ค่าเฉลี่ยของการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวการหกล้มในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดและตารางเก้าช่องแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดต่อการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีความหนักของการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (อัตราการเต้นของหัวใจร้อยละ 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด) (Borg, 1982, pp. 377-81) ร่วมกับการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (Resistance exercise) ด้วยยางยืด ตามหลักการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งอเมริกา (American College of Sports Medicine, 1998, pp. 992-1008) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลักทั้งกล้ามเนื้อลำตัวและกล้ามเนื้อขา

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยอาสาสมัครของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีคุณสมบัติดังนี้คือ 1) เป็นผู้ที่มิได้อยู่ระหว่าง 60-74 ปี 2) ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ตามแบบประเมิน Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) (คะแนนมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป) (Thiamwong, et al., 2008, pp. 1823-1832) 3) สามารถเดินได้เองอย่างอิสระโดยไม่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยเดิน 4) ไม่ได้มีการออกกำลังกายเป็นประจำหรือเข้าร่วมการศึกษาใดๆ ที่มีผลต่อการทรงตัว 5) ไม่เป็นโรคภัยเรื้อรังที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย 6) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (คะแนน Mini Mental State Examination: Thai version น้อยกว่า 23) (กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์, กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2555) 7) สื่อสาร และพูดภาษาไทยรู้เรื่อง และ 8) สมัครใจเข้าร่วมโครงการออกกำลังกาย จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 18 คน ซึ่งคำนวณจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2547) ตามสูตรดังนี้

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\Delta)^2}$$

โดย n คือขนาดตัวอย่าง Z_α คือระดับนัยสำคัญ เมื่อระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ (เท่ากับ 1.64) Z_β คือสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.9 (เท่ากับ 1.28) σ^2 คือความแปรปรวนของผลต่างของตัวแปรการทรงตัว (TUGT) และ Δ^2 มีค่าเท่ากับ 1.097 และ 1.03 ตามลำดับ ซึ่งได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม (2559) เมื่อนำค่าต่างๆ มาแทนในสูตรแล้ว ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ อย่างน้อยกลุ่มละ 18 คน ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายขณะทำการศึกษา (drop out) และมีอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ให้มากที่สุด โดยใช้อายุ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต การเดินของชีพจร การออกกำลังกาย และความเสี่ยงต่อการหกล้มเป็นเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และแบ่งกลุ่มโดยจับฉลากเลือกชุมชน 2 ชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องร่วมกับยางยืด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่อง และยางยืด พร้อมคู่มือการออกกำลังกาย โดยในกลุ่มทดลองจะต้องออกกำลังกายเป็นเวลา 45 นาที/ครั้ง สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โปรแกรมการออกกำลังกายจะยึดหลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีความหนักอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด) และเน้นเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการทรงตัว โดยอาสาสมัครในกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายจะต้องก้าวขาตามจังหวะเพลงและตามตารางให้เป็นรูปตัวอักษรต่างๆ ได้แก่ อักษร I T V W M X ก้าวขาออกด้านข้าง ก้าวขาขึ้นลง ก้าวไขว้ขาไปด้านซ้ายและด้านขวา โดยระหว่างเปลี่ยนตัวอักษรจะต้องมีการย่อตัวอยู่กับที่ประมาณ 15 วินาที ซึ่งตารางเก้าช่องที่ใช้แต่ละช่องมีขนาด 30x30 เซนติเมตร ใช้เวลา 30 นาที และตามด้วยการออกกำลังกายด้วยยางยืดเป็นการออกกำลังกายที่มีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยการออกแรงดึงยางยืดในทิศทางต่างๆ เพื่อบริหาร

กล้ามเนื้อและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแต่ละมัด ซึ่งการดึงยางยืดแต่ละท่าจะดึงท่าละ 10 ครั้ง ถือเป็น 1 เซต พักระหว่างเซต 30 วินาที ซึ่งแต่ละท่าจะทำประมาณ 3-5 เซต ใช้เวลา 15 นาที และใช้เวลารวมทั้งหมดไม่เกิน 45 นาที และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.93

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต และชีพจร

2.2 แบบประเมินการกลัวการหกล้ม Fall Efficacy Scale-International (Thai FES-I) ฉบับภาษาไทย จำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีระดับคะแนนการให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนประเมินรวมอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน (ลัดดา เถียมวงศ์, 2554, หน้า 277-287) และนำไปทดสอบความเที่ยงกับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.98

2.3 การทดสอบความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวด้วยวิธี Time Up and Go Test: TUGT เป็นการทดสอบความสามารถในการทรงตัวด้วยการลุกยืนจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นระยะทาง 3 เมตร อ้อมกรวยแล้วกลับมานั่งที่เดิม วัดเป็นวินาที ทำการวัด จำนวน 3 ครั้ง มีระยะเวลาพักระหว่างครั้งอย่างน้อย 30 วินาที แล้วนำค่าเฉลี่ยมาวิเคราะห์ (Podsiadlo & Richardson, 1991, pp.142-148)

2.4 การทดสอบความแข็งแรงของขาด้วยวิธี five time sit-to-stand test: FTSTST เป็นการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา โดยให้กลุ่มตัวอย่างลุกขึ้นจากท่านั่งเก้าอี้ยืนให้เร็วที่สุดและปลอดภัยติดต่อกันจำนวน 5 ครั้ง วัดเป็นวินาที ทำการทดสอบ 3 ครั้ง แล้วนำค่าเฉลี่ยมาวิเคราะห์ (Puthoff & Saskowski, 2013, pp. 31-37)

2.5 การทดสอบความทนทานและแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยวิธี 2 minutes step test เป็นการทดสอบโดยให้กลุ่มตัวอย่างยกเข่าสูงให้ถึงระดับที่กำหนด วัดเป็นจำนวนครั้ง ทำการทดสอบ 2 ครั้ง นำค่าเฉลี่ยมาวิเคราะห์ (Rikli & Jones, 2002, pp. 24-30)

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการและขั้นตอนการเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มอาสาสมัครอย่างชัดเจน การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-สกุล หรือข้อมูลใดๆ ที่บ่งชี้ตัวบุคคล และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนไม่มีอันตรายที่จะทำให้อาสาสมัครได้รับอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ ชีวิตและทรัพย์สินแต่อย่างใด โดยได้มีการดูแลอาสาสมัครที่เข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างดี เลือกสถานที่ทำกิจกรรมที่ปลอดภัย ไม่ให้มีอุบัติเหตุระหว่างออกกำลังกาย และมีการเตรียมชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้นเพื่อดูแลอาสาสมัครหากเกิดเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการเก็บแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยเป็นความลับและรักษาไว้เป็นอย่างดีและมีระบบการทำลายเอกสารโดยใช้เครื่องทำลายกระดาษ

2) กลุ่มอาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3) ตรวจประเมินสมรรถภาพกายและประเมินความกลัวการหกล้มก่อนให้โปรแกรมการออกกำลังกาย

4) อาสาสมัครกลุ่มทดลองได้รับการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องร่วมกับยางยืดโดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดเป็นผู้สาธิตและนำออกกำลังกาย คอยช่วยเหลือและตรวจสอบความถูกต้องตลอดระยะเวลาการศึกษา ติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที

5) ประเมินการทรงตัว ความแข็งแรงของขา และความกลัวการหกล้มในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะของอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มก่อนเข้าร่วมงานวิจัย โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลของประชากรในแต่ละกลุ่มของค่าตัวแปรตาม พบว่าการแจกแจงปกติ และเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงทำการทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนชนิดวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) และทำการทดสอบความแตกต่างแบบรายคู่ (Post hoc test) หากพบความแตกต่างของค่าอย่างน้อยเพียง 1 คู่ ด้วยวิธี bonferroni ซึ่งในการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (homogeneity of variance) ด้วยการทดสอบ Levene's test จึงสามารถทดสอบด้วยสถิติ ANOVA (F-test) ต่อไปได้ แต่เพื่อลดความคลาดเคลื่อน (error) ผู้วิจัยจึงกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .025 และแปลผลสถิติ ANOVA ที่มีการปรับค่าแล้วคือค่า Greenhouse-Geisser Statistic

ผลการวิจัย (Result/Finding)

คุณลักษณะของอาสาสมัคร

อาสาสมัครในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.00 มีค่าเฉลี่ยอายุ ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) และอัตราการเต้นของหัวใจ ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของอาสาสมัครในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20 คน)	กลุ่มทดลอง (n=20 คน)	t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย		
	(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
เพศ (หญิง: จำนวน (ร้อยละ))	19 (95.00)	19 (95.00)		
อายุ (ปี)	68.20 (4.31)	65.63 (5.49)	1.51	0.14
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	22.43 (4.31)	23.50 (3.65)	-0.84	0.41
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (มิลลิเมตรปรอท)	127.70 (14.73)	131.84 (12.08)	-0.92	0.36
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (มิลลิเมตรปรอท)	73.70 (11.25)	79.11 (9.81)	-1.59	0.12
อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้ง/นาที)	75.65 (6.41)	80.11 (11.43)	-1.67	0.10

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดมีคะแนนเฉลี่ยของการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวการหกล้มแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 18.94, 31.24, 6.77$ และ $5.98; p<.025$) นอกจากนี้ยังพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเรื่องเวลาและตัวแปรเรื่องกลุ่ม (Time Group Interaction) ของตัวแปรทั้งสาม (การทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวการหกล้ม) ก็มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($F = 20.30, 22.60, 6.52$ และ $8.65; p<.025$) (ตารางที่ 2)

2. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวการหกล้ม ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 81.30, 51.34, 11.88$ และ 23.49 ; $p < .025$) (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแต่ละช่วงเวลาพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยวิธี FSTST และวิธี 2MST แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ($F = 3.09, 3.57, 1.12, 1.56, 0.28$ และ 0.93 ; $p < .025$) และค่าเฉลี่ยความกลัวการหกล้มในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 8 ($F = 6.08$; $p < .025$) (ตารางที่ 4) และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (วิธี FSTST และวิธี 2MST) และความกลัวการหกล้มในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการทดสอบ Bonferoni ผลการวิเคราะห์ พบว่า ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (วิธี FSTST และวิธี 2MST) และความกลัวการหกล้ม แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .025$) ยกเว้นค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยวิธี 2MST ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสัปดาห์ที่ 4 กับสัปดาห์ที่ 8 และไม่พบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความกลัวการหกล้ม ระหว่างก่อนทดสอบกับสัปดาห์ที่ 4 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวการหกล้มของอาสาสมัครระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	Observed Power _a
TUGT	ภายในกลุ่ม (Time)	73.30	1.79	41.04	19.35*	0.99
	ความคลาดเคลื่อน	143.96	67.88	2.12		
	ระหว่างกลุ่ม (Group)	89.93	1	89.93	18.94*	0.97
	ความคลาดเคลื่อน	180.42	38	4.75		
	ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม (Time*Group)	76.92	1.79	43.06	20.30*	1.00
	ความคลาดเคลื่อน	143.96	67.88	2.12		
FTSST	ภายในกลุ่ม (Time)	203.86	1.85	110.10	25.53*	1.00
	ความคลาดเคลื่อน	303.41	70.36	4.31		
	ระหว่างกลุ่ม (Group)	247.65	1	247.65	31.24*	0.99
	ความคลาดเคลื่อน	301.21	38	7.93		
	ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม (Time*Group)	180.47	1.85	97.47	22.60*	1.00
	ความคลาดเคลื่อน	303.41	70.36	4.31		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	Observed Power _a
2MST	ภายในกลุ่ม (Time)	1704.62	1.91	893.89	7.93*	0.89
	ความคลาดเคลื่อน	8170.33	72.46	112.75		
	ระหว่างกลุ่ม (Group)	1928.00	1	1928.00	6.77*	0.60
	ความคลาดเคลื่อน	10827.92	38	284.95		
	ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม (Time*Group)	1401.72	1.91	735.05	6.52*	0.81
	ความคลาดเคลื่อน	8170.33	72.46	112.75		
Fear of falling	ภายในกลุ่ม (Time)	1753.35	1.63	1073.01	11.41*	0.95
	ความคลาดเคลื่อน	5839.87	62.09	94.05		
	ระหว่างกลุ่ม (Group)	1235.21	1	1235.21	5.98*	0.54
	ความคลาดเคลื่อน	7842.78	38	206.39		
	ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม (Time*Group)	1330.12	1.63	814.00	8.65*	0.88
	ความคลาดเคลื่อน	5839.87	62.09	94.05		

*p< .025

SS = Sum Square; df = degree of freedom; Ms = Mean Square

^a = Greenhouse – Geisser correction was used to reduce type I error

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวการหกล้มในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	Observed Power _a
TUGT	กลุ่มควบคุม (n=20)					
	เวลา	0.52	1.73	0.30	0.09	0.02
	ความคลาดเคลื่อน	108.87	32.96	3.30		
	กลุ่มทดลอง (n=20)					
	เวลา	150.17	1.74	86.43	81.30*	1.00
	ความคลาดเคลื่อน	35.09	33.01	1.06		
FTSST	กลุ่มควบคุม (n=20)					
	เวลา	16.66	1.72	9.67	1.89	0.23
	ความคลาดเคลื่อน	167.35	32.71	5.11		
	กลุ่มทดลอง (n=20)					
	เวลา	367.67	1.96	187.62	51.34*	1.00
	ความคลาดเคลื่อน	136.06	38.00	3.58		
2MST	กลุ่มควบคุม (n=20)					
	เวลา	189.63	1.84	103.08	1.03	0.13
	ความคลาดเคลื่อน	3505.70	34.95	100.29		
	กลุ่มทดลอง (n=20)					
	เวลา	2916.70	1.89	1540.15	11.88*	0.97
	ความคลาดเคลื่อน	4664.63	35.98	129.64		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	Observed Power _a
Fear of falling	กลุ่มควบคุม (n=20)					
	เวลา	88.43	1.38	64.00	0.49	0.06
	ความคลาดเคลื่อน	3417.57	26.25	130.17		
	กลุ่มทดลอง (n=20)					
	เวลา	2995.03	1.30	2298.00	23.49*	0.99
	ความคลาดเคลื่อน	2422.30	24.46	97.82		

*p<.025

SS = Sum Square; df = degree of freedom; Ms = Mean Square

^a = Greenhouse – Geisser correction was used to reduce type I error

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความกลัวการหกล้ม ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

ตัวแปร	เวลา	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		F
		ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
TUGT	ก่อนทดลอง	10.15	1.91	10.48	1.23	1.79
	สัปดาห์ที่ 4	10.22	2.31	8.27	1.12	3.09*
	สัปดาห์ที่ 8	10.19	2.13	6.62	0.88	3.57*
FTSST	ก่อนทดลอง	13.47	1.68	14.05	2.14	1.83
	สัปดาห์ที่ 4	14.29	3.38	9.99	2.26	1.12*
	สัปดาห์ที่ 8	13.02	2.42	8.12	1.40	1.56*
2MST	ก่อนทดลอง	66.30	8.87	64.65	11.67	1.56
	สัปดาห์ที่ 4	63.95	13.73	76.85	15.72	0.28*
	สัปดาห์ที่ 8	68.30	12.32	81.10	14.04	0.93*
Fear of falling	ก่อนทดลอง	38.00	13.35	39.00	10.28	1.66
	สัปดาห์ที่ 4	35.05	10.95	29.95	11.63	0.22
	สัปดาห์ที่ 8	36.85	11.68	21.70	6.69	6.08*

*p<.025

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและความกลัวการหกล้มในกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 เป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferoni (n=20)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย (mean difference)		
			ก่อนทดลอง	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
TUGT					
ก่อนทดลอง	10.48	1.23	-	2.21*	3.86*
สัปดาห์ที่ 4	8.27	1.12	-	-	1.66*
สัปดาห์ที่ 8	6.62	0.88	-	-	-
FTSST					
ก่อนทดลอง	14.05	2.14	-	4.06*	5.93*
สัปดาห์ที่ 4	9.99	2.26	-	-	1.87*
สัปดาห์ที่ 8	8.12	1.40	-	-	-
2MST					
ก่อนทดลอง	64.65	11.67	-	-12.20*	-16.45*
สัปดาห์ที่ 4	76.85	15.72	-	-	-4.25
สัปดาห์ที่ 8	81.10	14.04	-	-	-
Fear of falling					
ก่อนทดลอง	39.00	2.30	-	9.05	17.30*
สัปดาห์ที่ 4	29.95	2.60	-	-	8.25*
สัปดาห์ที่ 8	21.70	1.49	-	-	-

*p<.025

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มสามารถช่วยให้เวลาเฉลี่ยในการทดสอบการทรงตัว ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และคะแนนเฉลี่ยความกลัวการหกล้มแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเรื่องเวลาและตัวแปรเรื่องกลุ่ม (Time Group Interaction) โดยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และความกลัวการหกล้มแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนทดลองสัปดาห์ที่ 4 จนถึงสัปดาห์ที่ 8 โดยขอแยกอภิปรายเป็นประเด็น ดังนี้

ด้านการทรงตัว พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมีค่าเฉลี่ยเวลาในการทรงตัว ด้วยวิธี TUGT ลดลง แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองยังมีพบค่าเฉลี่ยเวลาในการทรงตัวแตกต่างจากก่อนทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 อาจเป็นเพราะว่าการออกกำลังกายบนตารางเก้าช่องเป็นการออกกำลังกายที่เน้นการเคลื่อนไหวร่างกาย (dynamic exercise) โดยมีรูปแบบการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีแรงกระแทกต่ำ มีการลงน้ำหนักและมีรูปแบบการเคลื่อนไหวที่ต่อเนื่องตามจังหวะไปตามช่องต่างๆ ทั้ง 3 มิติของการเคลื่อนไหว คือ หน้า-หลัง ซ้าย-ขวา และบน-ล่าง ตามรูปตัวอักษรต่างๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงจุดศูนย์ถ่วงของร่างกาย และความเร็วของการเคลื่อนไหวซึ่งเป็นตามหลักการของการออกกำลังกายที่เพิ่มการทรงตัว (Silsupadol, 2012, pp. 180-192) อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นการทำงานของปฏิกิริยาการรับรู้ การตอบสนองต่อการเคลื่อนไหว และการประสานสัมพันธ์ของระบบประสาทและระบบโครงร่างกล้ามเนื้อขณะเคลื่อนไหว และยังส่งผลต่อระบบประสาทเกิดการตื่นตัวและมีสติขณะเคลื่อนไหว รวมทั้งทำให้เกิดความคล่องแคล่วว่องไวในการตัดสินใจขณะเคลื่อนไหวด้วย (เจริญ กระบวนรัตน์, 2550, หน้า 166-167) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของน้อมจิตต์ นวลเนตร และคณะ (2559) ที่พบว่า

หลังจากให้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่อง ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สามารถเพิ่มการทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยให้ผลไม่แตกต่างจากการออกกำลังกายที่เพิ่มการทรงตัวแบบดั้งเดิม เช่นเดียวกับการศึกษาของเขมภัก เจริญสุขศิริ และคณะ (2561) ที่พบว่า การออกกำลังกายด้วยการก้าวตามตาราง ครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ขณะอยู่หนึ่ง นอกจากนี้ยังมีผลต่อสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาของพรรณทิพ แสงสว่าง และคณะ (2559) พบว่าหลังจากออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สามารถเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ เพิ่มความทนทานของปอดและหัวใจในผู้สูงอายุด้วย

ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ พบว่าผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ด้วยวิธีการลุกนั่ง 5 ครั้ง (FTSST) และวิธี 2MST เพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ในกลุ่มทดลองยังพบว่าเวลาเฉลี่ยของการลุกนั่ง 5 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 8 ลดลงแตกต่างจากก่อนทดลองและสัปดาห์ที่ 4 และจำนวนครั้งเฉลี่ยของการทดสอบด้วยวิธี 2MST ในสัปดาห์ที่ 8 เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนทดลองและสัปดาห์ที่ 4 เช่นกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแรง และความทนทานของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ซึ่งอธิบายได้จากลักษณะโปรแกรมที่มีการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (Resistance exercise) ซึ่งการดึงยางยืดแต่ละท่าจะดึงท่าละ 10 ครั้งต่อเซต 1 ท่าจะทำประมาณ 3-5 เซต ใช้เวลา 15 นาที และท่าที่ใช้ในออกกำลังกายจะเป็นท่าที่เน้นบริหารต้นขาซึ่งเป็นกล้ามเนื้อหลักในการเคลื่อนไหว โดยขณะที่ออกแรงยืดยางกล้ามเนื้อจะถูกกระตุ้นให้ออกแรงเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนที่รับรู้ของข้อต่อ (proprioception) และยังช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นให้กับเอ็นกล้ามเนื้อ และเอ็นข้อต่อ (เจริญ กระบวนรัตน์, 2540) ซึ่งทั้งความยืดหยุ่นของร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเพิ่มความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (Oh & Park, 2013, pp. 201-209) สอดคล้องกับการศึกษาของสมฤทัย พุ่มสลด และศศิมา พุกลานนท์ (2555) ที่ศึกษาผลของยางยืดต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ โดยพบว่าหลังจากออกกำลังกายเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวขณะอยู่กับที่และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของสกุลรัตน์ อัสวโกสินชัย และคณะ (2554) ที่พบว่าผลของการออกกำลังกายด้วยยางยืดสามารถเพิ่มการทรงตัวทั้งแบบอยู่กับที่และเคลื่อนที่ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา นอกจากนี้ในการศึกษาของจันทนา รัตนฤทธิ์ชัย และคณะ (2552) ยังพบว่า การออกกำลังกายแอโรบิคแบบตารางเก้าช่องและยางยืดในผู้สูงอายุ ต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สามารถเพิ่มความหนาแน่นของมวลกระดูก และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อการทรงตัว และลดโอกาสการหกล้มได้มากกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย

ความกลัวการหกล้ม พบว่าผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสามารถลดความกลัวการหกล้มได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองยังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการหกล้มในสัปดาห์ที่ 8 ลดลงแตกต่างจากก่อนทดลอง และแตกต่างจากสัปดาห์ที่ 4 เนื่องจากการลดระดับความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุนั้นจะต้องอาศัยเวลา และเป็นการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้เวลาอย่างน้อย 8 สัปดาห์ขึ้นไปจึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน ซึ่งมีความวิตกกังวล และรู้สึกกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาที่เพิ่มขึ้น จะเป็นปัจจัยสำคัญต่อความมั่นใจในการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวล และลดความกลัวการหกล้มลง โอกาสที่ผู้สูงอายุจะหกล้มซ้ำก็จะลดลงเช่นกัน (ชุตินา ชลาชนเดชะ, 2557, หน้า 6-16) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gusi, et al. (2012) ที่พบว่าหลังจากออกกำลังกายแบบเพิ่มการทรงตัวเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สามารถลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ เพิ่มการทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาแบบ isometric ได้ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Bhanusali, et al. (2015) ที่ศึกษา

เปรียบเทียบผลของความกลัวการหกล้มระหว่างการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางและการออกกำลังกายแบบเพิ่มการทรงตัว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าความสามารถในการทรงตัวของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันก่อนทดลอง ส่วนคะแนนความกลัวการหกล้มทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างจากก่อนทดลอง นอกจากนี้ในศึกษาของเขมกัก เจริญสุขศิริ และคณะ (2561) พบว่าการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์สามารถลดความวิตกกังวลและความความซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ดังนั้นผลการศึกษานี้บ่งชี้ได้ว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกบนตารางเก้าช่องและยางยืดสามารถเพิ่มการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อขา และลดความกลัวการหกล้มหลังจากออกกำลังกายต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว ความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวัน และลดโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางเก้าช่องและยางยืดในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับการพัฒนาความสามารถในการทรงตัว

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาการศึกษาค่อนข้างสั้น เพียง 8 สัปดาห์ จึงควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็น 12 สัปดาห์ และควรเพิ่มจำนวนอาสาสมัครให้มากขึ้น เพื่อผลความน่าเชื่อถือของการศึกษาและสามารถอ้างอิงเป็นตัวอย่างในการนำไปใช้ประโยชน์และเผยแพร่ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร และขอขอบพระคุณผู้นำชุมชนและอาสาสมัครผู้สูงอายุทุกท่านในชุมชนทั้ง 2 แห่งที่ให้ความช่วยเหลือต่างๆ จนทำให้การศึกษารั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์, กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

(2555). คู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ พับลิชชิง.

เขมกัก เจริญสุขศิริ, นุศราพร แซ่ลิ่ม, หรรษกร สาระพันธุ์ และธัญญาลักษณ์ พรหมสุข. (2561). ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางกับการฝึกการทรงตัวที่มีต่อการทรงตัวและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 98-107.

จันทนา รณฤทธิวิชัย, ธนอมขวัญ ทวีบุรณ์, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, รัชนี ศุภจินทรรัตน์, ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์และจันทน์ กฤติบวร. (2552). การประเมินสมรรถภาพกายก่อนและหลังการออกกำลังกายแอโรบิกแบบตารางเก้าช่องและยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยใช้ยางยืดของผู้สูงอายุในโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(3), 68-77

เจริญ กระบวนรัตน์. (2540). *ยางยืดพิชิตโรค*. กรุงเทพฯ: บริษัทแกรนสปอร์ต กรุ๊ป.

เจริญ กระบวนรัตน์. (2550). *ตาราง 9 ช่อง กับการพัฒนาสมอง*. กรุงเทพฯ: แกรนด์สปอร์ตกรุ๊ป.

ชุติมา ชลาชนเดช. (2557). คัดกรองการล้มด้วย Timed Up and Go Test (TUG). *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 26(1), 6-16.

- นงนุช วงศ์สว่าง, ดนุลดา จินขาวขำ, ชลธิชา บุญศิริ, สุรินทร์ มีลาภลั่น, จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ, เพ็ญจมาศ คำชนะ และธานี กล่อมใจ. (2560). ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทยสาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 10(3), 2492-2506.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร์, ขนาดดา อรศรี และณัฐนรี ชัยพิพัฒน์. (2559). การเปรียบเทียบการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่องกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัวแบบดั้งเดิมต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุเพศหญิง. *วารสารกายภาพบำบัด*, 38(3), 93-102.
- นิพา ศรีช้าง และลลิตรา กำวิ. (2560). รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 - 2564. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (หน้า 1-8). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
- พรรณทิพ แสงสว่าง, โรจน์ จินตราวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง. (2559). ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ. *วารสารสมาการพยาบาล*, 31(1), 5-18.
- ลัดดา เกียมวงศ์. (2554). การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย. *สงขลา นครินทร์เวชสาร*, 29(6), 277-287.
- สมฤทัย พุ่มสลุด และศศิมา พกุลานนท์. (2555). ผลของการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ. *การประชุมวิชาการแห่งชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 9*, 2385-2393.
- สกุรัตน์ อัครโกสินชัย, จารุวรรณ แสงเพชร และวราภรณ์ รุ่งสาย. (2554). ผลของการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อการทรงตัวและการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 28(2), 110-120.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2547). *ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- American College of Sports Medicine position stand exercise and physical activity for older adults. (1998). *Medicine and science in sports and exercise*, 30(6), 992-1008.
- Barker, A. L., Bird, M. L., & Talevski, J. (2015). Effect of pilates exercise for improving balance in older adults: A systematic review with Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(4), 715-723.
- Bhanusali, H., Vardhan, V., Palekar, T., & Khandare, S. (2015). Comparative study on the effect of square stepping exercises versus balance training exercises on fear of fall and balance in elderly population. *International Journal of Physiotherapy and Research*, 4(1), 1352-1359.
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and science in sports and exercise*, 14(5), 377-381.
- Dongling, Z., Qiwei, X., Mingxing, H., Yuxi, L., Jing, Y., Hui, Z., Lina, X., Chi, Z., Fanrong, L., Juan, L., & Rongjiang, J. (2019). Tai Chi for improving balance and reducing falls : A protocol of systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 98(17), 1-6.
- Ferretti, F., Lunardi, D., & Bruschi, L. (2013). Causes and consequences of fall among elderly people at home. *Fisioter Mov*, 26(4), 753-762.

- Gusi, N., Adsuar, J. C., Corzo, H., Pozo-Cruz, B., Olivares P. R. & Parraca, J. A. (2012). Balance training reduces fear of falling and improves dynamic balance and isometric strength in institutionalised older people: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 58(2), 97-104.
- Hamed, A., Bohm, S., Mersmann, F., & Arampatzis, A. (2018). Follow-up efficacy of physical exercise interventions on fall incidence and fall risk in healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine Journal*, 56(4), 1-19.
- Mishra, N., Mishra, A. K., & Bidija, M. (2017). A study on correlation between depression, fear of fall and quality of life in elderly individuals. *International Journal of Research in Medical Science*, 5(4), 1456-1460.
- Means, K. M., O'Sullivan, P. S., & Rodell, D. E. (2003). Psychosocial effects of an exercise Program in older persons who fall. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 40(1), 49 - 58.
- Oh, J. S., & Park, J. H. (2013). An analysis of factors affecting the dynamic balance of the elderly. *International Journal of Digital Content Technology and its Applications*, 7(12), 201-209
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142-148.
- Puthoff, M. L., & Saskowski, D. (2013). Reliability and responsiveness of gait speed, five times sit to stand and hand grip strength for patients in cardiac rehabilitation. *Cardiopulmonary physical therapy journal*, 24(1), 31-37.
- Rikli, R., & Jones, J. (2002). Development and validation of functional fitness test for community-residing older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 3, 24-30.
- Silsupadol, P. (2012). Exercise as an intervention for preventing falls in community-dwelling older adults. *Thai Journal of Physical Therapy*, 34(5), 180-192.
- Terroso, M., Rosa, N., Marques, A. T., & Simoes, R. (2014). Physical consequences of falls in the elderly: a literature review from 1995 to 2010. *European Review of Aging and Physical Activity*, 11, 51-59.
- Thiamwong, L., Thamarpirat, J., Maneesriwongul, W., & Jitapunkul, S. (2008). Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(12), 1823-1832.
- World Health Organization. (2016). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Retrieved from http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ต่อความรู้ ทักษะ ทักษะ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน

ศรีอุบล อินทร์แป้น, พย.ม.*

สาคร สอนดี, พย.ม.*

เยี่ยม คงเรืองราช, พย.ม.**

วัชรวิงค์ หวังมั่น, พย.บ.*

ชัชฎาพร จันทรสุข, พย.ม.*

นิสากร เข้มขนาน, ศษ.ม.*

อภิญา ตีพูน, วท.บ.***

Received : 27 กันยายน 2562

Revised : 17 มกราคม 2563

Accepted: 17 มกราคม 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและร่วมโปรแกรมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความรู้ ทักษะและทักษะ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 80 คน เครื่องมือดำเนินการวิจัยเป็นโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอสม.ตามกรอบแนวคิดการเสริมพลังอำนาจโดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของเทรซี และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ความรู้ ทักษะ ทักษะ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

อสม. มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติหน้าที่อสม. หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.34, 17.47, 18.31$ ตามลำดับ $p < 0.001$) ดังนั้นบุคลากรที่รับผิดชอบดูแลการปฏิบัติงานของ อสม. ควรมีการศึกษา วิจัย และจัดกิจกรรมเสริมพลังอำนาจ อสม. ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาความรู้ ทักษะ ทักษะ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : การเสริมพลังอำนาจ สมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี; Correspond E-mail : Sakorn.son1@gmail.com

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

*** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสีกโก จังหวัดสุรินทร์

Empowerment Program to Develop Competency on Knowledge and Performance in Community of Village Health Volunteers (VHVs)

Sriubon Inpant, M.N.S.*

Sakorn Sorndee, M.N.S.*

Yaim Khongruangrat, M.N.S.**

Wachareewong Wangmun, B.N.S.*

Chutchadaporn Juntarasuk, M.N.S.*

Nisakorn Hemchanan, M.Ed.*

Apinya Deepoon, B.Sc.***

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study were to determine the effects of empowerment programs on the knowledge and performance of community of Village Health Volunteers (VHVs). The design of this study was a one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 80 VHVs. Tracie's theory on empowerment was used to conceptualize the empowerment program. Descriptive statistics included frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to describe the findings. A paired t-test was used to determine the difference on the mean score of knowledge and performance.

The results showed that after the program, mean scores on knowledge and performance of VHVs were statistically significantly higher than those mean scores before participate empowerment program ($t = 12.34, 17.47, 18.31$ respectively, $p < 0.001$). Suggestions from the study that health practitioners should organize empowerment activities to continuously improve knowledge, attitudes, and skills of VHVs who are working to enhance the health status of the communities.

Keywords: empowerment, competency, village health volunteers

* Boromarajonani College of Nursing Surin; Correspond E-mail : Sakorn.son1@gmail.com

** Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

*** Salakdai Health Promotion Hospital, Surin Province

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและอันดับหนึ่งของประเทศไทย จากรายงานการสาธารณสุขไทย 2559-2560 พบว่าสาเหตุของเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 68.0 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 72.0 ในปี 2559 สาเหตุความเจ็บป่วยของประชากรไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และเนื้องอกทุกชนิด โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวน 9 โรคสำคัญ ตั้งแต่พ.ศ. 2558-2560 คือ โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด อุบัติเหตุการคมนาคม โรคหัวใจ โรคปอด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน การฆ่าตัวตาย ความดันโลหิตสูง และโรคเอดส์ ในส่วนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนชาวไทยพบว่ายังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมการเสี่ยงในการขับขี่ยานพาหนะ ได้แก่ ขับรถตัดหน้ากระชั้นชิด ขับรถเร็ว ขับรถตามกระชั้นชิด ขับรถไม่ชำนาญ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ เป็นส่วนหนึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ สถานการณ์กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เกิดขึ้นกับประชาชนชาวไทย สามารถตรวจพบได้ทั้งในเขตเมือง และชนบทไม่แตกต่างกัน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

จากสถานการณ์สุขภาพประชาชนที่เจ็บป่วยโรคกลุ่มไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) นี้ เป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ซึ่งแผนจะเน้นที่การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคส่วนต่างๆ ปรับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยใช้ข้อมูล และการส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในแผนยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย โดยกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ คือ มี อสม. เป็นนักจัดการสุขภาพอย่างน้อย 30 คนต่อตำบลในปี 2564 และ อสม. เข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วงขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ภายในชุมชน (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่ได้รับคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนในแต่ละคุ้มและได้รับการอบรมหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อสม. มีบทบาทสำคัญในฐานะที่เป็นคนในพื้นที่และมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ อสม.จึงเป็นบุคคลสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) ช่วยประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและให้การพยาบาลเบื้องต้น เป็นต้น อสม. จึงควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การให้บริการสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

สมรรถนะของ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน มีความสำคัญอย่างยิ่ง อสม. ต้องมีความเข้มแข็งสามารถช่วยคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพประชาชนได้ อสม. จึงต้องได้รับการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อความยั่งยืนของการแสดงพฤติกรรมบริการสุขภาพตามสมรรถนะ ส่วนหนึ่งพยาบาลผู้กำกับปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ควรมีการเสริมพลังอำนาจในการปฏิบัติตามหน้าที่ แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของเทรซี (Tracy, 1990) ได้กำหนดขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 10 ขั้นตอน เรียกว่า ปิรามิดอำนาจ (Power pyramid) ประกอบด้วย 1. ให้ความชัดเจนเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ (Clearly define responsibilities) 2. มอบหมายอำนาจหน้าที่ (Delegate authority) ตามขอบเขตงานที่ได้รับมอบหมาย 3. กำหนดมาตรฐานการทำงาน (Set standard of excellence) 4. มีการฝึกอบรมและการพัฒนา (Training and development) ให้

โอกาสพัฒนาตนเองและการทำงานตามความสนใจและความสามารถ 5. ให้ความรู้และสารสนเทศ (Provide knowledge and information) ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการทำงานอย่างถูกต้องชัดเจน 6. ให้ข้อมูลป้อนกลับ (Give feedback) 7. ให้การยกย่องยอมรับ (Recognition) ในผลสำเร็จของงาน 8. ให้ความไว้วางใจ (Trust) ในการทำงาน โดยให้อิสระในการตัดสินใจ 9. ยอมรับข้อผิดพลาด (Permission to fail) 10. ให้เกียรติ เคารพต่อการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน (Respect) การสร้างเสริมพลังอำนาจจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่หน่วยงานทางสุขภาพให้ความสำคัญ นำใช้เป็นเครื่องมือเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อคุณภาพผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ ต้องสร้างเสริมพลังใจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของสุขภาพ หันกลับมาดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ (กุนนที พุ่มสงวน, 2557) ซึ่ง อสม. เป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรทางสุขภาพที่ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อสม. และได้รับการเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลตนเอง โดยที่พยาบาลคอยช่วยเหลือจัดการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้รับบริการมีความเชื่อมั่น เมื่อนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในการปฏิบัตินำไปสู่ผลลัพธ์การปฏิบัติงานด้านความรู้ ทักษะ และทักษะเพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสลักได อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ รับผิดชอบ 17 หมู่บ้าน ประชากร 19,000 คน ด้วยภาระงานและกำลังเจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัด จึงต้องมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาร่วมปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพและประสานงานเชื่อมระหว่างภาครัฐกับประชาชนในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการสำรวจความรู้ ทักษะ และทักษะ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชนของ อสม. ตำบลสลักได จำนวน 170 คน ของกลุ่มงานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ (2561) พบว่า อสม. มีความรู้ ทักษะ และทักษะ อสม. ในระดับพอใช้ ถึง ดี โดยทักษะที่มีคะแนนระดับพอใช้ และเป็นทักษะที่ต้องการเพิ่มพูน จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (Basic Life Support: BLS) 2) การวัดสัญญาณชีพ (Vital Signs) 3) การปฐมพยาบาลเบื้องต้นในเรื่องกระดูกหัก ข้อเคลื่อน การห้ามเลือด การถูกแมลงสัตว์กัดต่อย การถูกสัตว์มีพิษกัด 4) การเฝ้าระวังโรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก อหิวาห์ ร่วง ไข้ฉี่หนู หัด 5) การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ เช่น การวัดความดัน การเจาะระดับน้ำตาลในเลือด การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร ยา และการออกกำลังกาย และ 6) การสำรวจทางด้านสุขภาพจิต อสม. จึงต้องพัฒนาตนเองให้มีความรู้ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมตามสมรรถนะ อสม. เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความรู้ ทักษะ และทักษะอสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 31 กรกฎาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต. สลักได อ. เมืองสุรินทร์ จ.สุรินทร์ จำนวน 170 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.สลักได อ.เมืองสุรินทร์ จ.สุรินทร์ โดยใช้การสุ่มตามความสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 80 คน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(Inclusion criteria) คือ 1) สนใจเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ 2) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจได้ตามวันที่กำหนด 4 สัปดาห์ และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ลาออกจากการเป็น อสม. ในช่วงดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 2) มีข้อจำกัดด้านสุขภาพที่กระทบต่อการร่วมกิจกรรมในแต่ละฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และตามกรอบแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของเทรซี (Tracy, 1990) ซึ่งเป็นคู่มือการสอนเรื่อง สมรรถนะ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อให้มีความรู้ ทักษะ และทักษะปฏิบัติงานในชุมชนได้ กิจกรรมการเรียนรู้ใช้วิธีการที่หลากหลาย ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การบรรยาย รายละเอียดของโปรแกรมหาดังตารางที่ 1

ตาราง 1 รายละเอียดของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจตามเทรซี

ระยะเวลา	การเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของเทรซี	กิจกรรมการเรียนรู้ของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ
สัปดาห์ที่ 1 (วันแรกของ โปรแกรม)	1. ให้ความชัดเจนเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ 2. มอบหมายอำนาจหน้าที่ 3. กำหนดมาตรฐานการทำงาน 4. มีการฝึกอบรมและการพัฒนา 5. ให้ความรู้และสารสนเทศ	1. ทำแบบทดสอบและแบบสอบถามก่อนร่วมโปรแกรม (Pretest) 2. สันทนาการ 3. อภิปรายกลุ่ม ทบทวนบทบาทหน้าที่ อสม. 4. จัดกิจกรรมอบรม จำนวน 1 วัน เนื้อหาครอบคลุม 6 เรื่อง ที่ อสม. ต้องมีความรู้ ทักษะ และทักษะในการปฏิบัติงานในชุมชน ได้แก่ 1) การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น 2) การวัดสัญญาณชีพ 3) การปฐมพยาบาล 4) การควบคุมโรค 5) การให้คำแนะนำกลุ่มโรค NCDs และ 6) การให้คำแนะนำกลุ่มโรคทางจิตเวช
สัปดาห์ที่ 1-4 (วันที่ 2 - สุดท้ายของ โปรแกรม)	6. ให้ข้อมูลป้อนกลับ 7. ให้การยกย่องยอมรับ 8. ให้ความไว้วางใจ 9. ยอมรับข้อผิดพลาด 10. ให้เกียรติและเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน	5. มอบหมายให้ อสม. ไปฝึกปฏิบัติงานงานจริงในชุมชนที่ตัวเองรับผิดชอบ 6. พยาบาลประจำ รพ.สต. กำกับ ติดตาม การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ตลอดระยะเวลา 1 เดือน 7. อสม. ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเอง 8. เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. และทีมวิจัย สะท้อนคิดการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อเสริมพลังอำนาจ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มย่อย 9. ทำแบบทดสอบและแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Pretest)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และทักษะ ในการปฏิบัติงานของอสม. แบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

- ตอนที่ 1 สอบถามความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติงานของอสม. ลักษณะปรนัย 4 ตัวเลือก วัดความรู้ มีเนื้อหาครอบคลุม 6 เรื่อง ดังนี้ การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ การวัดสัญญาณชีพ จำนวน 5 ข้อ การปฐมพยาบาล จำนวน 5 ข้อ การควบคุมโรค จำนวน 5 ข้อ การให้คำแนะนำกลุ่มโรค NCDs จำนวน 14 ข้อ

และการให้คำแนะนำกลุ่มโรคทางจิตเวช จำนวน 18 ข้อ รวมจำนวน 52 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 52 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (42-52 คะแนน)	หมายถึง ความรู้ระดับสูง
คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 -79 (31-41 คะแนน)	หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0 - 30 คะแนน)	หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

- ตอนที่ 2 สอบถามทัศนคติในการปฏิบัติงาน มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale แบ่งระดับทัศนคติเป็น 4 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 46.00 - 60.00 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 31.00 - 45.00 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 15.00 - 30.00 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ

- ตอนที่ 3 สอบถามทักษะในการปฏิบัติงานของอสม.จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale ซึ่งแบ่งระดับทัศนคติเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 46.00 - 60.00 หมายถึง มีทักษะอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 31.00 - 45.00 หมายถึง มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 15.00 - 30.00 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน โดยใช้ดัชนีความตรงของเนื้อหา ให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 สำหรับการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติงานของอสม.ในการปฏิบัติงานในชุมชน ด้วยวิธีหาค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-21) ได้เท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติงานของอสม.ในการปฏิบัติงานในชุมชน เท่ากับ .80 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริง หลังนำไปใช้ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาเอกสารข้อมูลชุมชน และหน่วยงานราชการเกี่ยวกับการดำเนินของ อสม. จากรพ.สต. สลักได
2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิและลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 หลังชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เรียบร้อย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนเริ่มโปรแกรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติงานของอสม. ในชุมชน จำนวน 52 ข้อ
4. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ อสม. ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมเพื่อ ให้ อสม. มีความชัดเจนเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ มอบหมายอำนาจหน้าที่ กำหนดมาตรฐานการทำงาน และได้รับความรู้ เพื่อพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ในชุมชน ดังนี้

4.1 สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ อสม. เกิดความคุ้นเคยระหว่างอสม. ด้วยกันเองและคณะผู้วิจัย อภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อให้ อสม. มีความชัดเจนเกี่ยวกับงานที่ได้รับผิดชอบ มอบหมายอำนาจหน้าที่ และกำหนด มาตรฐานการทำงาน ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

4.2 แบ่งกลุ่ม อสม. เป็น 6 กลุ่มๆ ละ 13-14 คน เพื่อเรียนรู้ในแต่ละฐานจำนวน 6 ฐาน ฐานละ 30 นาที ในแต่ละฐานมีบุคลากรให้ความรู้ 2 คน การให้ความรู้ใช้กระบวนการเรียนโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย บรรยาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับ กิจกรรมในฐานมีดังนี้

ฐานที่ 1 การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

ฐานที่ 2 การวัดสัญญาณชีพ

ฐานที่ 3 การปฐมพยาบาล

ฐานที่ 4 การควบคุมโรค

ฐานที่ 5 การให้คำแนะนำกลุ่มโรค NCDs

ฐานที่ 6 การให้คำแนะนำกลุ่มโรคทางจิตเวช

สัปดาห์ที่ 1 (หลังกิจกรรมให้ความรู้) ถึง สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติหน้าที่ อสม. ในชุมชน ให้ อสม. ได้รับข้อมูลป้อนกลับ ทราบจุดอ่อน จุดแข็งของตนเอง สำหรับพัฒนา ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานของตนเองอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมดังนี้

4.3 เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มอบหมายให้กลุ่มตัวอย่าง ได้ปฏิบัติหน้าที่ อสม. ในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ

4.4 ทีมผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกติดตามเยี่ยมการปฏิบัติของ อสม. อย่างน้อยคนละ 2 ครั้ง มีกิจกรรมสะท้อนคิดการปฏิบัติงานประจำโดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อยที่ตามเยี่ยม ให้วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของตนเอง หาแนวทางการปรับปรุง และเสริมพลังอำนาจ อสม. ให้สามารถปฏิบัติ หน้าที่ได้อย่างมั่นใจเป็นระยะ

4.5 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ระยะเวลาหลังทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานของอสม. ในชุมชน จำนวน 52 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ มีการทดสอบ การกระจายของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov – Smirnov Test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ จากนั้นจึง วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยสถิติการทดสอบค่าที่แบบสัมพันธ์กัน (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ ได้เลขจริยธรรมหมายเลข 20-03-61 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2561 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดที่ถูกรับปฏิบัติ ตลอดจนสิทธิในการยุติการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่าง มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย มีการลงนามหลังจากได้รับทราบ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 43 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000 – 10,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 83 และระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่เป็น อสม. มาแล้ว 5-10 ปี ร้อยละ 55

2. ความรู้ของอสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ของ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้ระดับสูง (42-52 คะแนน)	54 (87.50)	78 (97.50)
ความรู้ระดับปานกลาง (31-41 คะแนน)	26 (12.50)	2 (2.50)
ความรู้ระดับต่ำ (0-30 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)

จากตาราง 2 พบว่า ความรู้ของอสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ อยู่ในระดับสูง โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 97.50 ส่วนน้อยมีความรู้ในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50

2. ทักษะของ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของระดับทักษะของ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

ระดับทักษะ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)
ทักษะระดับสูง (45-60 คะแนน)	65 (81.25)	77 (96.25)
ทักษะระดับปานกลาง (31-45 คะแนน)	15 (18.75)	3 (3.75)
ทักษะระดับต่ำ (15-30 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)

จากตาราง 3 พบว่า ทักษะของอสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ อยู่ในระดับสูง โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 81.25 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 96.25 ส่วนน้อยมีทักษะในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3.75

3. ทักษะของ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของระดับทักษะ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

ระดับทักษะ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)
ทักษะระดับสูง (45-60 คะแนน)	68 (85.00)	75 (93.75)
ทักษะระดับปานกลาง (31-45 คะแนน)	12 (15.00)	5 (6.25)
ทักษะระดับต่ำ (15-30 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)

จากตาราง 4 พบว่า ทักษะของอสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ อยู่ในระดับสูง โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 85.00 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 ส่วนน้อยมีทักษะในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ระหว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกับหลังร่วมกิจกรรม

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติหน้าที่อสม. ระหว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกับหลังร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80 คน)

ประเด็น	การเข้าร่วมกิจกรรม	Mean	SD	t	Df	p-value
ความรู้	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	45.18	1.68	12.34	79	p<0.01
	หลังเข้าร่วมกิจกรรม	47.59	1.85			
ทัศนคติ	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	47.90	2.83	17.47	79	p<0.01
	หลังเข้าร่วมกิจกรรม	53.76	3.01			
ทักษะ	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	49.81	2.37	18.31	79	p<0.01
	หลังเข้าร่วมกิจกรรม	55.31	2.56			

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ระหว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกับหลังร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน พบว่า ด้านความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 45.18 คะแนน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 47.59 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.34, p < 0.01$) ด้านทัศนคติในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 47.90 คะแนน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 53.76 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.47, p < 0.01$) และด้านทักษะในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 49.81 คะแนน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 55.31 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.31, p < 0.01$)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ระหว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกับหลังร่วมกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ ทักษะ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน โดยใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจสามารถช่วยเพิ่มความรู้ให้กับ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ได้ การเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของเทรซี่ (Tracy, 1990) ได้นำมาใช้พัฒนา อสม. ให้เกิดความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานในชุมชน 10 ขั้นตอน ดังนี้ 1. ให้ความชัดเจนเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ (Clearly define responsibilities) : การศึกษาข้อมูลจากเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลชุมชน และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินของอสม.จาก รพ.สต. สลัดไค 2. มอบหมายอำนาจหน้าที่ (Delegate authority) ตามขอบเขตของงานที่ได้รับมอบหมาย: ให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้ใช้จริงไปปฏิบัติงานในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีทีมวิทยากรเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำปรึกษา 3. กำหนดมาตรฐานการทำงาน (Set standard of excellence) : ความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติงานในชุมชน 4. มีการฝึกอบรมและการพัฒนา (Training and development) : ให้โอกาสพัฒนาตนเอง

และการทำงานตามความสนใจและความสามารถ : กิจกรรมการอบรมพัฒนา 5. ให้ความรู้และสารสนเทศ (Provide knowledge and information) ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการทำงานอย่างถูกต้องชัดเจน: กิจกรรมการอบรมพัฒนา 6. ให้ข้อมูลป้อนกลับ (Give feedback) : การให้ข้อมูลผลการศึกษาย้อนกลับโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และผู้วิจัย 7. ให้การยกย่องยอมรับ (Recognition) ในผลสำเร็จของงาน การได้รับความร่วมมือทุกภาคส่วนในชุมชน 8. ให้ความไว้วางใจ (Trust) ในการทำงาน โดยให้อิสระในการตัดสินใจ การได้รับความร่วมมือทุกภาคส่วนในชุมชน และการนำความรู้ที่ไปใช้ปฏิบัติงานจริง 9. ยอมรับข้อผิดพลาด ผลการศึกษาความแตกต่างของระดับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการปฏิบัติงานก่อน-หลังการใช้โปรแกรม 10. ให้เกียรติและเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน (Respect) การนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ปฏิบัติงานในชุมชนและผลการศึกษาคุณลักษณะที่ทำให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ เป็นการปฏิบัติของผู้บังคับบัญชาในการทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้บรรลุเป้าหมาย โดยการสร้างแรงกระตุ้น เพิ่มแรงจูงใจ ให้เกิดความเชื่อมั่น รับรู้ความสามารถและศักยภาพของตนเอง ควบคุมและจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ การเสริมแรงสามารถทำได้หลายวิธี โดยการช่วยเหลือสนับสนุน การให้ข้อมูลข่าวสาร และการจัดการทรัพยากรให้อื้อในการทำงาน เห็นได้ว่าการเสริมพลังอำนาจช่วยให้เพิ่มการรับรู้พลังอำนาจของ อสม. ให้มีความสามารถในการปฏิบัติงาน (ทัตติกา ฉัตรชัยพันธ์, สุวรรณ จันทรประเสริฐ และสมสมัย รัตนกริชากุล, 2559) จากการวิจัย อสม. ได้เข้าร่วมกิจกรรม โดยมีการแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ทำให้กระบวนการเรียนรู้ อสม. แต่ละคนได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และฝึกปฏิบัติได้สมบูรณ์มากขึ้น ขณะที่ในกระบวนการกลุ่ม ทีมวิทยากรได้ใช้การสื่อสารเพื่อจูงใจให้ อสม. มีกำลังใจในการปฏิบัติ ควบคู่กับการให้ความรู้ ทำให้ อสม.ตระหนักรู้ความสามารถและศักยภาพของตนเองในการทำงาน เกิดการอยากเรียนรู้ต่อยอด ส่งผลให้หลังเข้าร่วมกิจกรรม อสม. มีความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. เพิ่มสูงขึ้นก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน และมีทักษะในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนเพิ่มขึ้น ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะ อสม. โดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวในการปฏิบัติทำให้ อสม. มีความรู้ และทักษะการปฏิบัติในระดับดีขึ้น (ดลปัทฏ์ ทรงเลิศ, รัชยานภิศ พละศึก และนิสาร์ตน์ นรสิงห์, 2561; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2558) ทั้งนี้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่างๆ มีผลทำให้ อสม. มีความรู้ และทักษะการปฏิบัติที่ดีขึ้น (นิดา มีทิพย์, เดชา ทำดี และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล, 2559) จึงควรพัฒนา อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน โดยใช้การเสริมพลังอำนาจร่วมกับการจัดกิจกรรมที่หลากหลายต่อไป

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรที่รับผิดชอบดูแลการปฏิบัติงานของ อสม. ควรมีการศึกษา วิจัย และจัดกิจกรรมเสริมพลังอำนาจ อสม. ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาความรู้ ทักษะ ทักษะ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน และเกิดสมรรถนะอื่นที่ส่งผลให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2560). *การสาธารณสุขไทย 2559-2560*. นนทบุรี: แสงจันทร์การพิมพ์.
- กุนนที พุ่มสงวน. (2557). การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 58-63.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร, งานบริการวิชาการ. (2561). *สรุปผลการสำรวจความต้องการของชุมชนในการดูแลสุขภาพชุมชน ตำบลสลักได ปีงบประมาณ 2561*. สุนทร: วิทยาลัย.
- นิดา มีทิพย์, เดชา ทำดี และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. (2559). ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *พยาบาลสาร*, 43(ฉบับพิเศษ), 104-115.
- ดลปัทฏ์ ทรงเลิศ, รัชยานภิศ พละศึก และนิสาร์ตน์ นรสิงห์. (2561). การพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 167-178.
- ทัตติกา ฉัตรชัยพันธ์, สุวรรณ จันทรประเสริฐ และสมสมัย รัตนกริชากุล. (2559). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้เป็นเบาหวานในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(3), 70-82.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุลย์, วรณิชา พัวไพโรจน์, กนกพร แจ่มสมบุรณ์, ลัดดาวัลย์ เตชะงูร และยุพา อยู่เย็น. (2558). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(1), 119-132.
- Tracy, D. (1990). *10 steps to empowerment: A common sense guide to managing people*. New York, NY: William Morrow.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน รพ.สต.นาท่ามเหนือ จ.ตรัง

จันทร์เพ็ญ เลิศวันวัฒนา, วท.ม*, นันทยา เสนีย์, พย.ม.**

วรรัตน์ สุขคุ้ม, พย.ม*, รุ่งฤดี อุสาหะ, พย.ม*

Received : 24 กันยายน 2562

Revised : 5 พฤษภาคม 2563

Accepted: 5 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้ The Precede-Proceed Model เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง คือสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ที่มีภาวะโภชนาการเกิน (อ้วน) ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของรพ.สต.นาท่ามเหนือ อ.เมือง จ.ตรัง จำนวน 266 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามซึ่งดัดแปลงจากเครื่องมือของสากล สีทากุล (2555) จำนวน 5 ส่วน มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 59.40) มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 71.80) ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ช่วง 25.00 - 27.99 กก./ม² คือเริ่มอ้วน (ร้อยละ 41.40) ทำอาหารรับประทานเอง (ร้อยละ 75.20) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 75.60) โดยมีผลการวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.17, SD = .65$) ส่วนปัจจัยนำ ($M = 3.89, SD = .49$) ปัจจัยเอื้อ ($M = 3.79, SD = .61$) และปัจจัยเสริม ($M = 3.75, SD = .64$) อยู่ในระดับมาก

2. ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุและรายได้ ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคการป้องกันภาวะอ้วน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชน สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางคือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ($r = .38, p < .01$) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ คือ สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน แหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชนและการรับรู้อุปสรรคการป้องกันภาวะอ้วน อายุ ($r = .24, p < .01, .22, p < .01, .14, p < .01, .13, p < .05$ ตามลำดับ) และรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.29, p < .01$)

3. ส่วนตัวแปร ดัชนีมวลกาย การรับรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะอ้วน และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน การรับรู้ประโยชน์การควบคุมน้ำหนัก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาให้ข้อเสนอในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินนั้นในชุมชนควรมีสถานที่ออกกำลังกายและแหล่งจำหน่ายอาหารสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งมีบริการที่ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ และมีการช่วยเหลือในการลดหรือจัดอุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วน

คำสำคัญ : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก สตรีวัยผู้ใหญ่ ภาวะโภชนาการเกิน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง;

Correspond E-mail: nuntayasa@bcnt.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง

Factors Related to Weight Control Behaviors Among Female Adults Who are Over-Nutrition at Tambon Health Promotion Hospital, Na Tham Nheu, Trang Province

Janpen Leartwanawattana, RN, M.Sc. *

Nuntaya Sanee , RN, M.NS. **

Worarat Sukkum, RN, M.NS. *, Rungrudee Usaha, RN, M.NS. *

Abstract

This research aimed to examine the relationship among bio-social factors, predisposing, enabling, and reinforcing factors and health behaviors among female adults who are over-nutrition. The Precede-Proceed Model was used to guide the study. A sample of 226 over-nutrition female adults between 20-60 years of age at Tambon Health Promotion Hospital (THPH), Na Tham Nheu, Trang Province was recruited. The five-part research tool modified from Sakon Seethakul's questionnaires were used. All shown acceptable evidence of reliability, and the Cronbach's alpha coefficient of .89. Descriptive statistics and Pearson's Correlation Coefficients were used to analyze the data.

The finding showed that most of the participants were aged between 30-39 years old (59.4%) income between 5000-10,000 Baht (71.8%) BMI = 25.00-27.99 kg/m² (41.4%) Cook at home (75.2%) and doing labor job (75.6%) The study showed that:

1. The average level of weight control behaviors among the participants was moderate ($M = 3.17$, $SD = .65$), while those of the predisposing ($M = 3.89$, $SD = .49$), enabling ($M = 3.79$, $SD = .61$), and reinforcing factors ($M = 3.75$ $SD = .64$) were high.

2. Factors statistically significantly related to obesity prevention behaviors at $p < .05$ were age and income (bio-social factors); perceived barriers in obesity prevention (predisposing factors); food distribution and fitness, or places for exercise in their community (enabling factors); and information awareness (reinforcing factors). The positive association between obesity prevention behaviors and information awareness was moderate ($r = .38$, $p < .01$), while those of obesity prevention behaviors and food distribution, fitness or places for exercise in their community, perceived barriers in obesity prevention, and age were low level ($r = .244$, $p < .01$, $r = .221$, $p < .01$, $r = .143$, $p < .01$, $r = .136$, $p < .05$ respectively). A low negative relationship was found between obesity prevention behaviors and income ($r = -.294$, $p < .01$).

3. BMI, perceived risk for obesity, perceived severity of obesity, and perceived benefit of control behaviors were not statistically significantly associated with control behaviors among the participants of this study.

The study suggested that to promote obesity preventive behaviors among female adults with over-nutrition, the community should make a well-equipped fitness center and healthy food distribution available. Additionally, there should have community service providing relevant information; alleviating the barriers in obesity prevention should be done in the community.

Keywords: factors related to weight control behavior, female adults, over-nutrition

* Registered nurse, senior professional level (Lecturing) Boromarajonani College of Nursing, Trang

** Registered nurse, professional level (Lecturing) Boromarajonani College of Nursing, Trang;

Corresponds E-mail: nuntayasa@bcnt.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นโรคที่อาจมีสาเหตุมาจากการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง หรือเรียกว่าโรควิถีชีวิต (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงโรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ว่าเป็นการระบาดที่เป็นสากลทั่วโลก โดยแสดงข้อมูลความชุกของภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานโดยพิจารณาจากค่าดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI ≥ 25 กก./ม²) ในประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินในประเทศไทยเป็นอันดับ 2 จาก 10 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากมาเลเซีย ความชุกของภาวะอ้วนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า เพศชาย ร้อยละ 32.9 และเพศหญิง ร้อยละ 41.8 จัดว่า อ้วน (≥ 25 กก./ม²) โดยความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ความชุกลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุและต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (วิชัย เอกพลาการ, 2557) ในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของจังหวัดตรังด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 23,872 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานใหม่ 502.43 ต่อแสนประชากร เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1,471 ต่อแสนประชากร และเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 10,309 คน (รายงานฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง 2558) โดยพบว่าโรคอ้วนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไปสู่การเกิดโรคเบาหวาน และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือด (Handelsman, 2009) และจากฐานข้อมูลด้านโภชนาการ การประเมินรอบเอวประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (obesity) ในปีพ.ศ. 2556 พบว่าจังหวัดตรัง มีสถิติความอ้วนคิดเป็นร้อยละ 46.13 ซึ่งเป็นอันดับหนึ่งในเขตสุขภาพ 12 และเป็นจังหวัดที่มีคนอ้วนมากที่สุดในภาคใต้ (กรมอนามัย, 2557) โดยเฉพาะอำเภอเมือง จังหวัดตรังที่มีสถิติผู้ที่มีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานสูงเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 29.73 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2556) ทำให้เป็นปัญหาสุขภาพตามมา

โรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เพศหญิงมีภาวะอ้วนที่สูงกว่าเพศชาย เนื่องจากโดยธรรมชาติความแตกต่างระหว่างเพศเป็นปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดความอ้วน เนื่องจากกิจกรรมในการใช้กำลังในการทำงานหรือกิจกรรมการเคลื่อนไหว นอกจากนี้การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิดหรือกลุ่มสเตียรอยด์เป็นสาเหตุทำให้เกิดความอ้วน และสาเหตุที่สำคัญคือการไม่รู้จักยับยั้งตัวเอง รับประทานอาหารทั้งที่ยังไม่หิว เดินผ่านตู้เย็นก็หยิบอาหารมารับประทาน และขาดวินัยในเรื่องการออกกำลังกาย ไม่พยายามเผาผลาญพลังงาน ชอบใช้บันไดเลื่อน และลิฟต์แทนการขึ้นลงด้วยบันได (นพวรรณ กิตติวัฒน์, 2557) นอกจากนี้ความเครียดซึ่งเกิดจากคนรอบข้างและตนเองโดยเฉพาะสตรีจะทำหน้าที่ทุกอย่างไม่ขาดตกบกพร่อง ทั้งในงานบ้าน เรื่องของตนเอง ของลูกๆ และงานนอกบ้าน อาจเป็นเพราะภาระงานที่หนักเกินไปและมักเป็นสิ่งที่เกินความสามารถที่จะควบคุมได้ (กมลรัตน์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2552) จึงทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ระบายออกโดยการรับประทานอาหาร จึงทำให้เกิดภาวะอ้วนตามมา โดยธรรมชาติเพศหญิงจะถูกฮอรโมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรนเร่งให้มีการสร้างเซลล์ไขมันสะสมไว้โดยไม่มีการเสื่อมสลายจึงมีภาวะอ้วนสูงกว่าเพศชาย (ชุติมา ศิริกุลชยานนท์, 2554)

นอกจากนี้วัฒนธรรมประเพณีและวิถีชีวิตของคนจังหวัดตรังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคอ้วน เนื่องจากจังหวัดตรังมีวัฒนธรรมการกินเป็นเอกลักษณ์เฉพาะที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ กล่าวคือมีการผสมผสานวิถีชีวิตของชาวจีนกับชาวไทยพื้นถิ่นอย่างกลมกลืน มีการให้ความสำคัญในเรื่องอาหารการกินเป็นลำดับต้นๆ ขนบธรรมเนียมประเพณีและพิธีกรรมหลายอย่างเน้นการกินเป็นหลัก เช่น งานแต่งงาน งานศพ มีการจัดเลี้ยงอาหารมากมายโดยเฉพาะอาหารที่นิยม คือหมูย่างเมืองตรัง และขนมเค้ก นอกจากนี้วิถีชีวิตปกติของคนตรังจะเริ่มต้นด้วยการรับประทานอาหารเช้า คือ ชา กาแฟ หมูย่าง ต้มช้ำ จะเห็นได้จากมีร้านอาหารจำนวนมากที่เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง จังหวัดตรังจึงได้ชื่อว่า “เมืองช่างกิน” (คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ, 2542 อ้างถึงใน วรรัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ, 2553) ซึ่งส่งผลให้ประชากรจังหวัดตรังกว่าครึ่งหนึ่งมีน้ำหนักเกิน อ้วน อ้วนลงพุง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2556)

โรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ การนอนหลับผิดปกติ โคเลสเตอรอลในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและโรคข้อเสื่อม (วนิชา กิจวรพัฒน์, 2554) โรคอ้วนส่งผลต่อการเดิน คือ มีท่าเดินที่ผิดปกติ ปวดขา ปวดสะโพกและทำให้เดินลำบาก และทำให้ระบบฮอร์โมนผิดปกติ ประจำเดือนมาผิดปกติ ผู้ป่วยบางรายมีประจำเดือนทุก 2 หรือ 3 เดือน ทำให้ให้น้ำมัน มีหนวด สีผิว มีปัญหาผิวหนังแตกลาย มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นด้วยโดยมะเร็งที่พบมากในผู้หญิงคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งทางเดินน้ำดี มะเร็งไต มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอดและรังไข่ (นพวรรณ กิตติวัฒน์, 2557) ซึ่งผลกระทบทำให้สูญเสียเวลา ค่าใช้จ่าย ศักยภาพในการทำงานของบุคคล การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศ อันเป็นการสูญเสียที่ประมาณค่าไม่ได้ (รัชดาภรณ์ แม้นศิริ, 2558)

การที่จะทำให้น้ำหนักคงตัวต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและใช้พลังงานในชีวิตประจำวันตนเองให้มากขึ้นจึงสามารถป้องกันและลดความเสี่ยงจากโรคอ้วนโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ (สายสมร พลตงนอก, สรวิเชษฐ์ รัตนชัยวงศ์ และจันจิราภรณ์ วิชัย, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของบุคลากรกลุ่มต่างๆ นั้นขึ้นกับพฤติกรรมกรรมการดำรงชีวิต โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ล้วนมีอิทธิพลมาจากความเชื่อส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมรวมถึงสังคมที่อาศัยอยู่ ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความเกี่ยวเนื่องกับความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยบุคคลเมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อันตราย ภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม บุคคลนั้นก็อาจจะมีแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น (พัสดราภรณ์ แยมเม่น, 2555) การได้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากเพื่อน ครอบครัว คนรัก ทั้งทางด้านอารมณ์ (Emotional support) ด้านการประเมิน (Appraisal support) ด้านข้อมูล (Information support) และด้านเครื่องมือ (Instrumental support) ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ (อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2553)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาท่ามเหนือ จังหวัดตรัง เป็นหน่วยงานปฐมภูมิที่ดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน โดยมีประชากรที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านในความดูแล จำนวน 6,197 คน จากการคัดกรองสุขภาพของประชากรโดยการวัดเส้นรอบเอว พบผู้มีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน จำนวน 950 คน ของจำนวนประชากรทั้งหมด สอดคล้องกับรายงานตัวชี้วัดโภชนาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 (Nutrition Reporting System in Thailand) ในการประเมินรอบเอวประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป (Obesity) ปรากฏว่าจังหวัดตรังมีอัตราประชากรที่มีโรคอ้วนร้อยละ 46.13 ซึ่งถือว่าสูงในเขตสุขภาพที่ 12

ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน รพ.สต.นาท่ามเหนือ จ.ตรัง เป็นพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนางานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในสตรีวัยผู้ใหญ่สำหรับหน่วยงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและผลกระทบด้านอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคของภาวะอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะอ้วน การรับรู้อุปสรรคการป้องกันภาวะอ้วน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชน สถานที่ออกกำลังกาย ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ และการได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินที่มารับบริการที่ รพ.สต.นาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

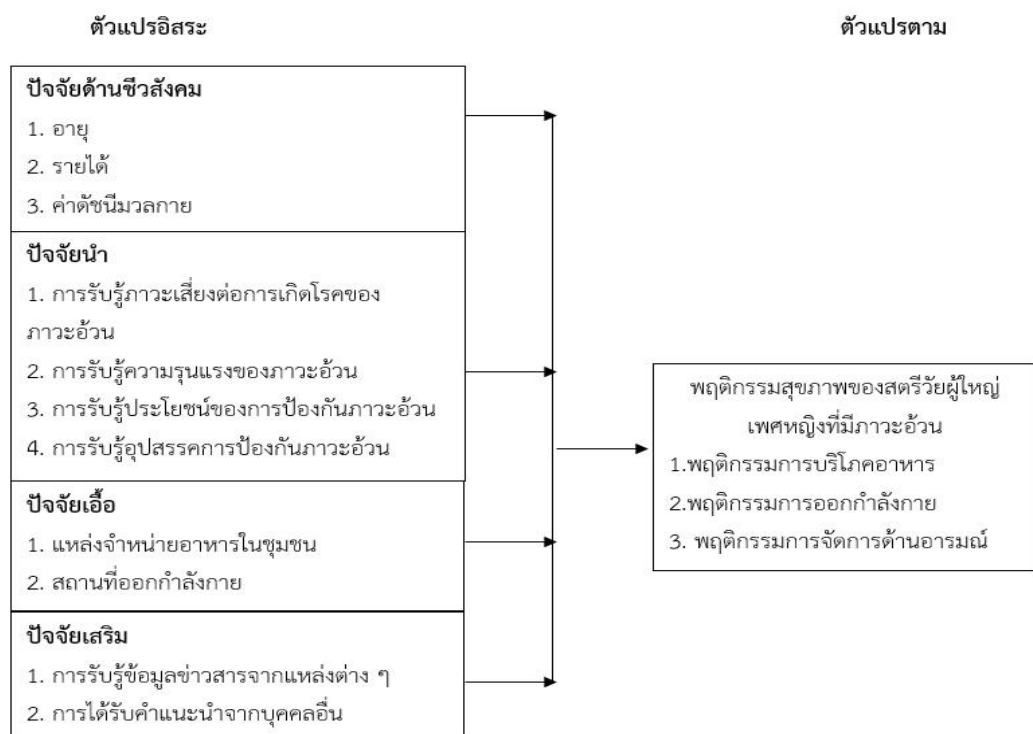
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินที่มารับบริการที่ รพ.สต.นาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

สมมุติฐาน

1. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีโภชนาการเกิน รพ.สต.นาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง
2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีโภชนาการเกิน รพ.สต.นาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Framework ซึ่งเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดขึ้นได้จากเหตุหลายๆ ปัจจัย Green and Kreuter (2005) พบว่ามี 3 ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมได้ง่าย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เมื่อปัจจัยทั้ง 3 ด้านมีความเหมาะสม สอดคล้องกันในระดับและทิศทางก็จะทำให้พฤติกรรมเกิดขึ้นได้ในที่สุด และประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันและรักษาโรคว่า บุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยการเลือกวิถีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น (พลอยณณารินทร์ ราวินิจ, 2558) ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย (ภาพที่ 1) ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.นาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต.นาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 950 คน จากจำนวนประชากรสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน (ข้อมูลจาก รพ.สต.นาท่ามเหนือ อ.เมือง จ.ตรัง ปี พ.ศ. 2559)

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งใช้เกณฑ์ประเมินจากค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป รอบเอวมากกว่า 80 ซม. มีอายุ 20 – 60 ปี ที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของรพ.สต.นาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรทายามาเน (Taro Yamane, 1973, pp. 727-728)
$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$
 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 266 คน และทำการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง สายวัดและแบบบันทึกน้ำหนักและส่วนสูง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยต่างๆ ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของสากล สีทากุล (2555) ประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวนทั้งหมด 63 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย อายุ รายได้ และค่าดัชนีมวลกาย มีจำนวน 3 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็นแบบกำหนดอายุลงจำนวนเป็นปี รายได้ต่อเดือนลงเป็นจำนวนเงินมีหน่วยเป็นบาท และค่าดัชนีมวลกาย ให้ลงน้ำหนักหน่วยกิโลกรัม และส่วนสูงมีหน่วยเป็นเซนติเมตร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ โดยสร้างขึ้นจากแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE Framework ได้แก่ 1)แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคของภาวะอ้วน จำนวน 15 ข้อ 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน จำนวน 10 ข้อ 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะอ้วน จำนวน 10 ข้อ และ 4) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคการป้องกันภาวะอ้วน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ 1) สถานที่จำหน่ายอาหารในชุมชน จำนวน 5 ข้อ 2) สถานที่ออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ จำนวน 5 ข้อ การตอบเป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด หากคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับ คะแนน 4.51 – 5.00 หมายถึง การรับรู้มากที่สุด คะแนน 3.51 – 4.50 หมายถึง การรับรู้มาก คะแนน 2.51 – 3.50 หมายถึง การรับรู้ปานกลาง คะแนน 1.51 – 2.50 หมายถึง การรับรู้น้อย และคะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง การรับรู้ที่น้อยที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่เพศหญิงที่มีภาวะอ้วน ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวนทั้งหมด 25 ข้อ ได้แก่ ด้านที่ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ ด้านที่ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายจำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ และด้านที่ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการนอน จำนวน 5 ข้อ

ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวกและด้านลบเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนการตอบข้อคำถาม แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดีปานกลาง พอใช้ และไม่ดี (พลอยณณารินทร์ ราวีนิจ, 2558) หากคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก อยู่ในระดับ คะแนน 4.51 – 5.00 หมายถึง ดีมาก คะแนน 3.51 – 4.50 หมายถึง ดี คะแนน 2.51 – 3.50 หมายถึง ปานกลาง คะแนน 1.51 – 2.50 หมายถึง พอใช้ และคะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีที่มีภาวะโภชนาการเกิน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ 1 ท่าน และด้านการพยาบาล 2 ท่าน ที่มีความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความชัดเจน และความครอบคลุมของแบบสอบถาม คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) ได้เท่ากับ 0.80 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาความเชื่อมั่น

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับสตรีที่มีภาวะโภชนาการเกินที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับประชากรที่จะศึกษาที่ รพ.สต.นาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 50 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient ของ Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.88 ดังนั้น แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศเอลซิกิ เลขที่ 14/2559 ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2559

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ถึง สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดตรัง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ส่งหนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดตรัง พร้อมโครงร่างวิจัยและตัวอย่างแบบสอบถาม 1 ชุด
3. ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ รพ.สต.นาท่ามเหนือ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์
4. การเก็บรวบรวม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยเก็บจากกลุ่มตัวอย่างที่อยู่อาศัยในพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต.นาท่ามเหนือ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประมาณ 45 - 60 นาที และตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. คำนวณค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ คะแนนเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักฯ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นคู่ๆ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านชีวิตสังคม ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสตรีวัยผู้ใหญ่เพศหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกินจำแนกตาม อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย (N=266 คน)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($M = 32.33$, $SD = 5.302$, Min = 20, Max = 42)		
20 - 29	86	32.3
30 - 39	158	59.4
40 - 49	22	8.3
รวม	266	100
รายได้ (บาท/เดือน) ($M = 7,276.13$, $SD = 2,337.27$, Min = 2,000, Max = 15,000)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	57	21.4
5,001 - 10,000 บาท	191	71.8
10,001 - 15,000 บาท	18	6.8
รวม	266	100
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2) ($M = 26.57$, $SD = 2.55$, Min = 23.01, Max = 43.70)		
23.00 - 24.99	76	28.6
25.00 - 27.49	110	41.4
27.50 - 29.99	60	22.6
30.00 - 32.49	14	5.3
32.50 - 34.49	3	1.1
มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ขึ้นไป	3	1.0
รวม	266	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยผู้ใหญ่เพศหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกิน มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี มากที่สุด จำนวน 158 คน ร้อยละ 59.4 มีรายได้ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท มากที่สุด จำนวน 191 คน ร้อยละ 71.8 มีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ช่วง 25.00-27.99 kg/m^2 คือ เริ่มอ้วน จำนวน 110 คน ร้อยละ 41.4

2. ข้อมูลปัจจัยนำ ดังนี้

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำ จำแนกตามรายหมวด

ปัจจัยนำ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการรับรู้
การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน	3.99	.55	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน	3.98	.61	มาก
การรับรู้ประโยชน์การป้องกันภาวะอ้วน	3.85	.55	มาก
การรับรู้อุปสรรคการป้องกันภาวะอ้วน	3.72	.78	มาก
โดยรวม	3.89	.49	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยนำโดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 ($SD = .49$) เมื่อจำแนกเป็นรายหมวด พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 ($SD = .55$)

3. ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ดังนี้

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยเอื้อ จำแนกตามรายหมวด

ปัจจัยเอื้อ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการรับรู้
แหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชน	3.76	.66	มาก
สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน	3.81	.64	มาก
โดยรวม	3.79	.61	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่าปัจจัยเอื้อโดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.79 ($SD = .61$) เมื่อจำแนกเป็นรายหมวด พบว่าปัจจัยเอื้อด้านสถานที่ออกกำลังกายในชุมชนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 ($SD = .64$)

4. ข้อมูลปัจจัยเสริม รายละเอียดดังตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยเสริมจำแนกตามรายหมวด

ปัจจัยเสริม	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับปัจจัยเสริม
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ	3.75	.64	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยเสริมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 ($SD = .64$)

5. ข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก รายละเอียดดังตารางที่ 5 ดังนี้

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่เพศหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำแนกตามรายด้าน

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับพฤติกรรม
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	3.20	.74	ปานกลาง
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.45	.82	ปานกลาง
พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์	2.98	.88	ปานกลาง
พฤติกรรมด้านการนอน	3.04	.83	ปานกลาง
โดยรวม	3.17	.65	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่าพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่เพศหญิงที่มีภาวะภาวะโภชนาการเกิน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 ($SD = .65$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 ($SD = .82$)

6. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่เพศหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกิน ($n = 266$) ดังนี้

ตารางที่ 6 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย การรับรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน การรับรู้ประโยชน์การป้องกันภาวะอ้วน การรับรู้อุปสรรคการป้องกันภาวะอ้วน แหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชน สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่เพศหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกิน ($n = 266$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
อายุ	.136*
รายได้	-.294**
ดัชนีมวลกาย	-.077
การรับรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะอ้วน	-.030
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน	.064
การรับรู้ประโยชน์การป้องกันภาวะอ้วน	.102
การรับรู้อุปสรรคการป้องกันภาวะอ้วน	.143*
แหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชน	.221**
สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน	.244**
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ	.382**

$p^* < .05$, $p^{**} < .01$

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่าตัวแปรอิสระบางตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง คือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ($r = .382$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ คือ สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน แหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชน การรับรู้อุปสรรคการป้องกันภาวะอ้วน อายุ ($r = .244, .221, .143, .136$ ตามลำดับ) และรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.294$) ส่วนตัวแปร ดัชนีมวลกาย การรับรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน และการรับรู้ประโยชน์การป้องกันภาวะอ้วน ($r = -.077, -.033, .064, .102$ ตามลำดับ) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของสตรีวัยผู้ใหญ่เพศหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน รพ.สต.ท่ามะเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน รพ.สต.ท่ามะเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีการรณรงค์และมอบหมายให้หน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขจัดกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคที่เกิดจากความอ้วน เช่น โครงการคนไทยไร้พุง โดยจัดทำโครงการรณรงค์เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ และ

พฤติกรรมด้านการนอนที่เหมาะสม รวมทั้งมีการจัดทำสื่อต่างๆ เพื่อเผยแพร่และรณรงค์ในการควบคุมน้ำหนัก เพื่อให้คนไทยมีความรู้และตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงและโรคที่เป็นอันตรายที่เกิดจากภาวะอ้วน แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักในผู้ใหญ่จึงอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ทำได้ยาก ต้องใช้ความอดทนสูง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะโรคอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี (สากุล สีทากุล, 2555) การปฏิบัติเพื่อลดและควบคุมน้ำหนักของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง (จำเนียร พรประยูร และคณะ, 2554) และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในกำลังพลที่มีภาวะอ้วน (มธุรส บุญแสน, 2556) นอกจากนี้ สตรีวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีความสำคัญกับการประกอบอาชีพหารายได้ อีกทั้งมีการระมัดระวังรับผิดชอบในครอบครัว ทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลา รวมทั้งอาจมีปัจจัยอื่นๆ ทางด้านกายภาพที่เกี่ยวข้องกับความไม่สะดวกในการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว จึงให้ความสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ ถิ่นขจี และพูลศักดิ์ พุมวิเศษ (2556) ทั้งนี้ พฤติกรรมควบคุมน้ำหนักมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Green and Kreuter (2005) ที่มีแนวคิดว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (multiple Factors) ดังนั้น ต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงมีความสำคัญ (สมศักดิ์ ถิ่นขจี และพูลศักดิ์ พุมวิเศษ, 2556)

2. ปัจจัยทางชีวสังคม การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านชีวสังคม คือ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบ ส่วนดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ดังนี้

2.1) อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด รวมทั้งเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ นอกจากนี้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช (2556) พบว่า เมื่อผู้ใหญ่อายุมากขึ้นมีพฤติกรรมในการป้องกันความอ้วนมากขึ้น และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินอยู่แล้ว เมื่อมีอายุมากขึ้น ยิ่งทำให้เห็นความสำคัญของการควบคุมน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น

2.2) รายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีรายได้มากอาจรับประทานอาหารได้มากและหลากหลายชนิดตามที่ตนเองต้องการเพราะมีกำลังซื้อ ในขณะที่คนที่มียาได้น้อยอาจรับประทานอาหารที่มีอยู่อย่างจำกัด หรือรับประทานอาหารที่หาง่ายในท้องถิ่น รับประทานอาหารผักเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากผักหาง่ายและราคาไม่แพงและสามารถหารับประทานได้จากรอบรั้วข้างบ้าน ในขณะที่ความสามารถหรือกำลังในการเลือกซื้ออาหารที่มีราคาแพงๆ เช่น เนื้อสัตว์มีน้อย ซึ่งอาหารจำพวกเนื้อสัตว์เหล่านี้เป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน นอกจากนี้ผู้ที่มีรายได้น้อยการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ต้องใช้แรงมากกว่าผู้ที่มีรายได้มาก ซึ่งการทำงานโดยใช้แรงนั้น ทำให้มีการเผาผลาญพลังงานมากกว่าผู้ที่ทำงานโดยไม่ใช้แรง ดังนั้นจึงทำให้พฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของผู้มีรายได้น้อยดีกว่าผู้มีรายได้สูง และผู้ที่มีรายได้น้อยต้องทำอาหารกินเองที่บ้านมากกว่าการออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน จึงทำให้มีโอกาสการเข้าถึงร้านอาหารหรือร้านสะดวกซื้อน้อยลงจึงทำให้มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้มีรายได้น้อยดีกว่าผู้มีรายได้สูง สอดคล้องกับการศึกษาของชญาณิศ เมฆอากาศ

(2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดสุโขทัย พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะอ้วนลงพุง และสอดคล้องกับการศึกษาของบุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศวรเดช (2558) พลอยณณารินทร์ ราวินิจ และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม (2559) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะอ้วนลงพุง

2.3) ค่าดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน อธิบายได้ว่า งานวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูลจากผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินอยู่แล้ว ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25-27.49 kg/m² นอกจากนี้ ดัชนีมวลกาย มีผลจากพฤติกรรมสุขภาพหลายด้าน เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการนอนและการจัดการความเครียด ดังนั้น การควบคุมหรือลดน้ำหนักเพื่อให้ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ต้องอาศัยความตั้งใจจริง และกำลังใจอย่างมาก อีกทั้งยังต้องใช้เวลานานและต่อเนื่องจึงจะสามารถควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงทำให้ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินดังกล่าวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสากล สีทากุล (2555) สรินทร์ ไตรรงค์จิตเหมาะ (2555) และพรอินทร์ วัชยาณิม (2553)

3. ปัจจัยนำความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคของภาวะอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะอ้วน และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันภาวะอ้วน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีที่มีภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคของภาวะอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะอ้วนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีที่มีภาวะโภชนาการเกิน รพ.สต.ท่ามะเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

3.1) การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคของภาวะอ้วน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีที่มีภาวะโภชนาการเกิน อธิบายได้ดังนี้ สตรีวัยผู้ใหญ่เป็นสตรีที่อยู่ในวัยทำงานและการประกอบอาชีพนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้สตรีวัยผู้ใหญ่มิได้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของภาวะอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะอ้วนอยู่เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่าสตรีดังกล่าวมีระดับคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะอ้วนอยู่ในระดับมาก แต่การรับรู้ดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนอาจเนื่องมาจากพฤติกรรมเป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อน และพฤติกรรมแต่ละบุคคลที่แสดงออกมาก็ย่อมแตกต่างกันทั้งนี้เนื่องมาจากพื้นฐานการเลี้ยงดูของครอบครัว แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การเรียนรู้หรือสภาพสังคมต่างๆ ที่แตกต่างกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมทั้งสิ้น อธิบายได้ตามแนวทฤษฎี PRECEDE Framework ซึ่งเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดขึ้นได้จากเหตุหลายๆ ปัจจัย Green and Kreuter (2005) พบว่า มี 3 ปัจจัยหลักที่จะส่งผลให้คนเกิดพฤติกรรมได้ง่าย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เมื่อใดที่ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนั้นมีความเหมาะสมสอดคล้องกันในระดับและทิศทางก็จะทำให้พฤติกรรมเกิดขึ้นได้ในที่สุด ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสากล สีทากุล (2555) อุมพร พรหมหาญ (2554) และสิริลักษณ์ วินิจฉัย (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในจังหวัดชุมพร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงซึ่งพบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคของภาวะอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะอ้วนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วน

3.2) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะอ้วน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีที่มีภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินที่เหมาะสม ถ้าสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินรับรู้ว่าการควบคุมความอ้วนเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากลำบาก เช่น การรับรู้ว่าการงดรับประทานอาหารที่ชอบเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เนื่องจากเป็นสิ่งที่เป็พฤติกรรมการทำเป็นนิสัย การลดอาหารแต่ละมื้อทำได้ยากเนื่องจากรับประทานอาหารปริมาณมากจนติดนิสัย การใช้วิธีการปรุงอาหารโดยวิธีต้ม นึ่ง ทำให้เสียเวลา หรือการหาเวลาในการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เป็นต้น อุปสรรคเหล่านี้จะทำให้การควบคุมความอ้วนทำไม่ได้หรือทำได้ยาก น้ำหนักก็อาจจะเพิ่มขึ้นหรืออ้วนขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพลอยณณารินทร์ ราวินิจ (2558) ซึ่ง Pender (1996) กล่าวว่า อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมหรือจูงใจให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติตัวและมีอุปสรรคมากพฤติกรรมนั้นจะไม่เกิดขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้ารับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย และมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสูงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมก็จะมากขึ้น

4. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย แหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชน และสถานที่ออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเอื้อ ด้านสถานจำหน่ายอาหารและด้านสถานที่ออกกำลังกาย ภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากและพบว่าปัจจัยเอื้อด้านแหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชนและสถานที่ออกกำลังกายในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

4.1) แหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชน เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก สอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter (2005) ที่กล่าวว่า ทรัพยากรถือได้ว่าเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลได้มีโอกาสกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ จะเห็นได้จากสภาพปัจจุบันมีสถานที่จำหน่ายอาหาร และมีร้านสะดวกซื้อมากมายและมีสินค้าหลายชนิด ทำให้เอื้อต่อการเลือกบริโภคได้ง่ายและสะดวกขึ้น ส่งผลให้สตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะอ้วนที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสากล สีทากุล (2555)

4.2) สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ทำให้ประชาชนเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพต่างๆ ได้สะดวกขึ้น สถานที่ออกกำลังกายในชุมชนถือว่าเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลได้มีโอกาสกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ จะเห็นได้จากสภาพปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายในการสนับสนุนมีอุปกรณ์ สถานที่ออกกำลังกาย มีชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดอ้วนลดพุงต่างๆ ทำให้เอื้อต่อการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายได้ง่ายและสะดวกขึ้น ส่งผลให้สตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะอ้วนที่ดี อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสมศักดิ์ หอมชื่น (2552) พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่คือสถานที่ในการออกกำลังกายและอุปกรณ์ไม่เพียงพอส่งผลให้เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของพรอินทร์ วังยายฉิม (2553) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายในชุมชน

5. ปัจจัยเสริม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก การสื่อสารหรือการได้รับข้อมูลข่าวสารนั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ เจตคติ ทศนคติ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่า ถ้าบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนจากสื่อต่างๆ เพิ่มมากขึ้นพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนก็จะดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญเรือง ชัยสิทธิ์ (2551) พรอินทร์ วังยายฉิม (2553) และสากล สีทากุล (2555) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ง่ายขึ้นหรือรวดเร็วขึ้น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีผลในการชักนำให้ปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง นอกจากนี้

การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นมีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเนื่องจากคนเรามาแล้วไม่ได้รู้คนเดียวในสังคม ต้องมีการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นๆ อยู่เสมอ การติดต่อกันทำให้รู้จักเกิดความสัมพันธ์จนเป็นเครือข่ายทางสังคม เช่น กลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา สามี ญาติ การสื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ประสบการณ์เกิดการเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ให้ความช่วยเหลือกัน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย หน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกระดับ ควรส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินในชุมชน ควรมีสถานที่ออกกำลังกายและแหล่งจำหน่ายอาหาร รวมทั้งมีบริการที่ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ และมีการช่วยเหลือในการลดหรือจัดอุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วน
2. ด้านการพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ควรมีแนวทางการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจ ทั้งการประชาสัมพันธ์ ทั้งรณรงค์ ตามสภาพปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และเข้าใจง่าย เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกิน
3. ด้านการวิจัย ควรทำการศึกษาในรูปแบบทดลองหรือกึ่งทดลองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มปัจจัยเรื่องความเครียดกับการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2552) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีที่มีภาวะโภชนาการเกิน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (โภชนศาสตร์ศึกษา), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย. (2557). ร้อยละของภาวะอ้วนลงพุงในประชากร 15 ปีขึ้นไป. สืบค้นจาก <http://www.anamai.moph.go.th/main.php?filename=Statistics>.
- จำเนียร พรประยูทธ, ชัญญูจิตาคุชฎี ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริชากุล. (2554). การศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อลดและควบคุมโรคอ้วนในประชาชนวัยผู้ใหญ่ ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี, วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ, 27(2), 1-17.
- ชญาณิศ เมฆอากาศ. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอ้วนลงพุงของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชุดิมา ศิริกุลชยานนท์. (2554). โรคอ้วนในเด็กวัยเรียน. กรุงเทพฯ: ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพวรรณ กิตติวัฒน์. (2557). โรคอ้วนในผู้หญิงวัยทำงาน. สืบค้นจาก www.bkk1.in.th/Attachment/.../32393.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญเรือง ชัยสิทธิ์. (2551). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ และสมเกียรติยศ วรเดช (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะอ้วนลงพุงในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 10(2), 55-65.
- พลอยณณารินทร์ ราวิณิจ. (2558). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- พลอยณณารินทร์ ราวินิจ และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 5(2), 33-47.
- พรอินทร์ วัชรชัย. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พัสดราภรณ์ แยมเม่น. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีน้ำหนักเกิน อำเภอมะนัง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิจัย มข, 12(1), 57-56.
- มธุรส บุญแสน. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุง ค่ายนาวมินทรราชินี จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- รัชดาภรณ์ แม่ศิริ. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายของนิสิตที่มีภาวะอ้วน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วนิดา กิจวรพัฒน์. (2554). โรคอ้วนลงพุง Metabolic syndrome ภัยเงียบที่คุณคาดไม่ถึง. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพยาบาลการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, ปรีดา สารลักษณ์ และจันทร์เพ็ญ เลิศวันวัฒนา. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลตรัง. ตรัง: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง.
- วิชัย เอกพลกร. (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมศักดิ์ ถิ่นขจี และพูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2556). พฤติกรรมการลดความอ้วนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี จังหวัดนนทบุรี. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาวิทยาลัยราชพฤกษ์.
- สรินทร ไตรรงค์จิตเหมาะ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะอ้วน อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- สิริลักษณ์ วินิจฉัย. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สากล สีทากุล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- สายสมร พลตงนอก, สรวิเชษฐ์ รัตนชัยวงศ์ และจันจิราภรณ์ วิชัย. (2558). ความรู้เรื่องโรคอ้วนลงพุง. ขอนแก่น: หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2556). ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จ.ตรัง. สืบค้นจาก http://www.tro.moph.go.th/chronic/rep_nutri_waist3.php.
- อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2553). แรงสนับสนุนทางสังคม : ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 16(2), 309-322.

- อุมาพร พรหมหาญ. (2554). พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในจังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- Green, L. W., & Kreuter M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: Emily Barrosse.
- Handelsman, Y. (2009). Metabolic syndrome pathophysiology and clinical presentation. *Toxicologic Pathology*, 37(1), 18-20.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk: Appleton Century-Crofts.
- Yamane, T. (1973). *Statistic: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.

**องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา**

มลทิรา สายวารี, ส.ม.*

เพ็ญมาศ สุนทรจิตต์, ส.ด.**

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศษ.ด.***

Received : 26 มีนาคม 2563

Revised : 30 เมษายน 2563

Accepted: 30 เมษายน 2563

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดยะลา จำนวน 200 คน ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2562 เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม เรื่อง ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา พบว่า มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรายด้าน เท่ากับ .883 - .909 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์องค์ประกอบโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) สกัดองค์ประกอบด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) แล้วหมุนแกนแบบอโรโธเนลด้วยวิธีแวนแม็กซ์

ผลการวิจัยพบว่า เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.5 มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 76.0 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 85.5 มีตำแหน่งในปัจจุบัน เป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.5 มีรายได้ต่อเดือน 20,001 - 30,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน 10 - 15 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.0 ทั้งนี้ พบว่าองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา มี 5 องค์ประกอบ ทั้งหมด 32 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล มี 10 ตัวบ่งชี้ มีช่วงน้ำหนักของตัวบ่งชี้ที่ .82 - .53 2) การเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือ มี 7 ตัวบ่งชี้ มีช่วงน้ำหนักของตัวบ่งชี้ที่ .79 - .50 3) ลักษณะของงานที่ทำและค่าตอบแทน มี 6 ตัวบ่งชี้ มีช่วงน้ำหนักของตัวบ่งชี้ที่ .78 - .55 4) ความพึงพอใจต่อผู้บังคับบัญชา มี 4 ตัวบ่งชี้ มีช่วงน้ำหนักของตัวบ่งชี้ที่ .87 - .57 และ 5) สัมพันธภาพระหว่างครอบครัว มี 5 ตัวบ่งชี้ มีช่วงน้ำหนักของตัวบ่งชี้ที่ .78 - .59 สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 32 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 69.863 โดยมีค่าไอเกนเท่ากับ 14.43, 4.43, 2.16, 1.84 และ 1.47 ตามลำดับ จากผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน สร้างขวัญและกำลังใจของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดยะลาต่อไป

คำสำคัญ: บุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงาน

* หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา; correspond E-mail : rawra.sasuk@gmail.com

** อาจารย์ระดับชำนาญการ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

*** อาจารย์ระดับชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

Identify Components and Its Indicators Satisfaction of Public Health Staff Operation Working in Health Promoting Hospital Located in Yala Provinces

Montira Saiwaree, M.P.H.*

Penmat Sukonthachit, Dr.P.H.**

Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.***

Abstract

This research aimed to identify satisfaction' components and its indicators among public health staff operation working in Health Promoting Hospital located in Yala Provinces. This analytical research recruited 200 samples of staff working in Health Promoting Hospital located in Yala province. Data were collected during October - December 2019. A research tool was the satisfaction of public health staff operation working in Health Promoting Hospital self – administered questionnaires. These questionnaires were approved with content validity found that the IOC was between 0.67 - 1.00, and the reliability was also approved with Cronbach's Alpha Coefficient as 0.883 – 0.909. Descriptive statistics were used to describe general characteristics of public health staff with mean frequency, percentage, mean, standard deviation (SD), and analysis factor with exploratory factor analysis (EFA) including the process of factor extraction and factor rotation by means of Varimax method.

The results showed that most of the samples were female (84.5%), 30-39 years old (45.5%), marriage (76%), and Islam religion (85.5%). The samplings work as a nurse at 36.5%, earning 20,001-30,000 Bath per month at 37.5% and have been working for 10-15 years at 29%. Additionally, the results showed that indicators satisfaction of public health staff operation working in Health Promoting Hospital consisted of 5 factors and 32 indicators including 1) the 1st factor is a relationship among people having ten indicators with a weight range .82 - .53 of indicators, 2) the 2nd factor is recognition and reliability having seven indicators with .79 - .50 weight range of indicators, 3) the 3rd factor is The nature of work performed and compensation having six indicators with a weight range of indicators as .78 - .55, 4) the 4th factor is leader satisfactory having four indicators with a weight range .87 - .57 of indicators and 5) the 5th factor is family relationship having five indicators with .78 - .59 weight range of indicators. These supportively explain the variance of 32 indicators at 69.863% with the value of Eigen 14.43, 4.43, 2.16, 1.84. and 1.47, respectively. The results could be used as a guideline to enhance job satisfaction and improve public health staff operation working in Health Promoting Hospital located in Yala provinces.

Keywords: public health Staff, Health Promoting Hospital, happiness factors and Indicators

* Master of Public Health, SongkhlaRajabhat University ; correspond e-mail : rawra.sasuk@gmail.com

** Lecturer, professional Level, Faculty of Science and Technology, Songkhla Rajabhat University

*** Lecturer, senior professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไว้ทั้งหมด 10 ยุทธศาสตร์ ซึ่งการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์และการสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคมเป็นส่วนหนึ่งในยุทธศาสตร์ดังกล่าว (สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) ทั้งนี้การให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในทุกช่วงชีวิตถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เช่นเดียวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน หากบุคคลได้ทำสิ่งที่พึงพอใจและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีก็จะช่วยให้บุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี บุคลากรสาธารณสุขเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2557) ปัจจุบันกำลังคนด้านสุขภาพมีความขาดแคลนอันเนื่องมาจากการผลิตบุคลากรในแต่ละสาขาวิชาชีพไม่เพียงพอและภาวะงานที่มีความหนักและยากลำบาก ดังนั้นให้งานนั้นเป็นงานบันดาลใจ (Inspiration of work) หรืองานที่สร้างคุณค่าแก่คนทำงาน จึงเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข (ชาญณรงค์ วงศ์ชัย, 2560)

ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีจำนวน 9,863 แห่งทั่วประเทศ สำหรับในพื้นที่ยะลา มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสิ้น 80 แห่ง มีบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย จำนวน 767 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพครอบคลุมในทุกมิติของปัญหาสุขภาพโดยเน้นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (จำลอง เครานวล, 2554) ด้วยความมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีความไว้วางใจมาใช้บริการสาธารณสุขใกล้บ้านแทนโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นในระดับที่สูงขึ้น บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องปรับตัวเพื่อตอบรับการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายและการถูกคาดหวังจากความสำเร็จของงาน รวมทั้งลักษณะงานที่มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่หลากหลายเกี่ยวข้องกับคุณภาพของชีวิตคน แต่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร ดังที่กล่าวมานี้อาจทำให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รู้สึกถูกกดดันจากงานเกิดความเครียดหรือเบื่อหน่ายต่องานจนรู้สึกไม่มีความสุขในการทำงาน ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นอาจทำให้คุณภาพการบริการลดลงและเกิดผลเสียเป็นวงกว้างตามมา และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ที่มีความภาคภูมิใจต่อการเป็นบุคลากร แต่ในด้านลบคือ มีความรู้สึกไม่ปลอดภัย กังวลต่อบุคคลในครอบครัว ค่าตอบแทนที่ได้รับในการปฏิบัติงานมีความเหมาะสมต่ำ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นภัยคุกคามและเป็นอันตราย และเครื่องมือในการทำงานยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (บุญญพัฒน์ ไชยมล และคณะ, 2556) และพยาบาลวิชาชีพได้แสดงความรู้สึกต่อการทำงานในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นที่สะท้อนถึงภาวะเครียด กลัวความไม่ปลอดภัย รวมถึงการสูญเสียด้านชีวิต เสียใจ หดหู่ สลดใจ และไม่มีความสุขและความพึงพอใจที่จะปฏิบัติงาน (สุนีย์ เครานวล, อุไร หัถกิจ และอุมาพร บุญญโสพรรณ, 2552) อย่างไรก็ตามบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เปรียบเสมือนพี่เลี้ยงที่คอยดูแลและให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพแก่คนในชุมชน โดยเป็นกำลังสำคัญในการสร้างรากฐานของระบบบริการสาธารณสุขให้เข้มแข็ง เนื่องจากองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ที่ได้ล้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการทำงานของบุคคลในองค์กรและองค์กรในภาพรวม (ณัฐฐา

กรีทริธ, 2550) บุคลากรสาธารณสุขสามารถเกิดความรู้สึกรู้สึกผูกพันกับงาน ปฏิบัติงานอย่างมีความสุขและพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากปัจจุบันเครื่องมือในการวัดความพึงพอใจในการทำงานใช้กับคนทำงานในองค์กรทุกภาคส่วน ไม่ครอบคลุมตามบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน และไม่ได้ใช้กับบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะ อาจจะทำให้ข้อมูลที่ได้มีความคลาดเคลื่อนและไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

ดังนั้นการศึกษาวิจัยองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดยะลา จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อหน่วยงานในการที่จะทราบข้อมูลเบื้องต้นว่ามียังมีองค์ประกอบและตัวบ่งชี้อะไรบ้างที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานของบุคลากร ทั้งนี้สาเหตุของความไม่พึงพอใจ เช่น ความเหนื่อยล้าในการทำงาน การปฏิบัติงานในปริมาณที่ไม่เหมาะสม ลักษณะงานที่ปฏิบัติ รวมทั้งค่าตอบแทน สิทธิผลประโยชน์ต่างๆ ที่ได้รับ ปัจจัยเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบอย่างมากต่อการพัฒนาบุคลากร การศึกษาครั้งนี้จึงเปรียบเสมือนแนวทางในการเสริมสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน สร้างขวัญและกำลังใจของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลาให้มากขึ้น ซึ่งเมื่อบุคลากรสาธารณสุขทุกคนเกิดความพึงพอใจในการทำงาน ก็จะสามารถทำงานได้อย่างเต็มกำลังความสามารถส่งผลให้เกิดการพัฒนาและบรรลุเป้าหมายขององค์กรทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล และพัฒนาวิชาชีพให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น อันจะเกิดผลดีต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์โดยผู้วิจัยกำหนดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรเป้าหมายคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดยะลา ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย จำนวน 767 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดยะลา ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย ด้วยความสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยยึดหลักอย่างน้อย 5 - 10 เท่าของตัวบ่งชี้ ตามแนวคิดของแฮร์และคณะ (Hair, et al., 2010) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์หรือตัวแปรที่สังเกตได้จำนวน 40 ตัวแปร ผู้วิจัยใช้เกณฑ์กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 5 เท่า ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 200 คน โดยเกณฑ์คัดเข้า คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดยะลา ไม่น้อยกว่า 1 ปี ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย ซึ่งจะเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักและเป็นผู้เข้าร่วมด้วยความสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และเกณฑ์คัดออกคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดยะลาที่ลาศึกษาต่อ และการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้วิธีการแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของชั้นภูมิที่เป็นสัดส่วนกับจำนวนทั้งหมดในชั้นภูมินั้นๆ (Proportional to size) ซึ่งในจังหวัดยะลา

มี 8 อำเภอ ซึ่งจะสุ่มเลือกจำนวนตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละอำเภอโดยการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับสลากจนครบกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถูกเลือกทั้งหมด 25 แห่ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีลักษณะการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ตำแหน่ง เงินเดือน อายุการทำงาน รวม 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็น เรื่องความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 40 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามตามองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งหมดในกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความพึงพอใจในงาน มีตัวบ่งชี้ 16 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีตัวบ่งชี้ 16 ข้อ และองค์ประกอบที่ 3 การเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือมีตัวบ่งชี้ 8 ข้อจากนั้นนำมาสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อไปโดยแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด และมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องจำนวน 3 ท่าน และนำผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหา มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เป็นรายข้อ พบว่า มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรายด้าน เท่ากับ .883 - .909 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.91

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาอนุมัติจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา เลขที่ใบรับรอง EH2019 - 012 ลงวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2562 และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ภายหลังกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด จำนวน 200 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

4. สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วไปจัดเตรียมแฟ้มข้อมูลบันทึกข้อมูลแล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1) วิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์องค์ประกอบของความพึงพอใจในการทำงาน ด้วยทำการตรวจสอบการกระจายตัวของตัวบ่งชี้แต่ละตัวด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) สกัดองค์ประกอบด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Principal Component Analysis: CPA) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมและนิยมใช้กันมากที่สุดในการใช้เพื่อลดจำนวนตัวแปรให้เหลือน้อยที่สุดแต่สามารถอธิบายได้มากที่สุด ใช้วิธีหมุนแกน

องค์ประกอบแบบตั้งฉาก (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนเดอร์เวทที่องค์ประกอบตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวบ่งชี้ด้วยเมตริกซ์สหสัมพันธ์ ซึ่งควรจะมีค่าสหสัมพันธ์แตกต่างจากศูนย์โดยสามารถทดสอบได้ด้วยค่า Bartlett's Test of Sphericity จะต้องมีความสำคัญซึ่งบ่งบอกว่าข้อคำถามนั้นมีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจต่อไป ประกอบกับการพิจารณาค่าดัชนีไคเซอร์-เมเยอร์-ออลกิน (The Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: MSA) ซึ่งเป็นค่าบ่งบอกความเหมาะสมของข้อมูล ควรมีค่ามากกว่า .50 และสกัดองค์ประกอบ โดยการแยกองค์ประกอบรวมได้มีจำนวนองค์ประกอบน้อยที่สุดที่สามารถนำค่าน้ำหนักองค์ประกอบไปคำนวณค่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์ได้ค่าใกล้เคียงกับเมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้เกณฑ์ในการพิจารณาจำนวนองค์ประกอบ ได้แก่ ค่าไอเกน มากกว่าหนึ่ง ร้อยละของความแปรปรวนสะสม 60 ขึ้นไป (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) และต้องประกอบด้วยตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ขึ้นไปมารวมตัวกัน จึงสามารถจัดองค์ประกอบได้

ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น เพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลด้วย Normal Probability Plot พบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จากนั้นนำข้อมูลมาทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลทั้งหมดตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบในแต่ละองค์ประกอบหลักว่าสามารถทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจได้หรือไม่ ด้วยค่าดัชนีไคเซอร์-เมเยอร์-ออลกิน (The Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: MSA) ขององค์ประกอบ มีค่าเท่ากับ .911 ซึ่งมีค่าสูงกว่า .50 และค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก จึงมีความเหมาะสมในการนำข้อมูลไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและค่าไค-สแควร์ที่ได้จาก Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 5630.55 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังนั้น สรุปได้ว่า เมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น เมตริกซ์สหสัมพันธ์นี้จึงเหมาะสมที่จะใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจได้

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน พบว่า เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.5 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 76.0 เกือบทั้งหมด นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 85.5 มีตำแหน่งในปัจจุบัน เป็นพยาบาลวิชาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.5 มีรายได้ต่อเดือน 20,001 – 30,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน 10 - 15 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.0

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา พบว่า ได้ 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล มี 10 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 2 การเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือ มี 7 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 3 ลักษณะของงานที่ทำและค่าตอบแทน มี 6 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 4 ความพึงพอใจต่อผู้บังคับบัญชา มี 5 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบที่ 5 สัมพันธภาพระหว่างครอบครัว มี 4 ตัวบ่งชี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 32 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 69.863 โดยมีค่าไอเกนเท่ากับ 14.43, 4.43, 2.16, 1.84 และ 1.47 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวน และร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา

องค์ประกอบ	จำนวนตัวบ่งชี้	น้ำหนักของตัวบ่งชี้	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน	ร้อยละของความแปรปรวนทั้ง 5 องค์ประกอบ	Communality	ค่าความเชื่อมั่น
1. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	10	.82 - .53	14.43	36.07	36.07	69.863	.750	.909
2. การเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือ	7	.79 - .50	4.43	11.07	47.15		.712	.885
3. ลักษณะของงานที่ทำและค่าตอบแทน	6	.78 - .55	2.16	5.40	52.56		.617	.883
4. ความพึงพอใจต่อผู้บังคับบัญชา	5	.87 - .57	1.84	4.60	57.16		.728	.902
5. สัมพันธภาพระหว่างครอบครัว	4	.78 - .59	1.47	3.69	60.86		.691	.899

อภิปรายผล

องค์ประกอบที่ 1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นองค์ประกอบที่สามารถสะท้อนความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ได้มากที่สุด มีค่าความแปรปรวนในองค์ประกอบนี้ถึงร้อยละ 36.07 ในประเด็นนี้พิจารณาได้ว่าเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งมีเจ้าหน้าที่ประมาณ 5-7 คน แต่เมื่อเทียบกับภาระงานนั้นถือว่ายังไม่เพียงพอ ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน จะส่งผลให้บรรยากาศในการทำงานเกิดความสุข และส่งผลสำคัญให้ทำได้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างสำเร็จ (จิราภรณ์ ภูสมบัติ, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจวรรณ มาลัยรุ่งสกุล (2552) พบว่า สัมพันธภาพกับบุคคลในงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน เช่นเดียวกันซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยผู้ร่วมงานจากทุกฝ่ายมาร่วมทำงานให้สำเร็จผล จากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของวาร์ (Warr, 2007) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรทำงานร่วมกันอย่างราบรื่น

องค์ประกอบที่ 2 การเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือ เป็นองค์ประกอบที่สามารถสะท้อนความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา มีค่าความแปรปรวนในองค์ประกอบนี้ ร้อยละ 11.07 ในประเด็นนี้พิจารณาได้ว่า เนื่องจากการได้รับการยกย่อง เชื่อถือ ได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานกับเพื่อนร่วมงานอย่างเต็มศักยภาพ เหล่านี้ ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ดังทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Need) ในขั้นที่ 3 ที่ว่ามนุษย์มีความต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ต้องการเข้าร่วมและได้รับการยอมรับในสังคม ความเป็นมิตรและได้รับความรักจากเพื่อนร่วมงาน (Maslow, 1970) มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของชินกร น้อยคำยง และปภาดา น้อยคำ

ยาง (2555) พบว่า บุคลากรที่ได้รับการยกย่องนับถือจากบุคคลอื่นและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ย่อมส่งผลให้บุคลากรทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของวัชร ขำเลิศ (2559) พบว่า บุคลากรมีความสุขในการทำงานมากที่สุดก็ต่อเมื่อได้รับความเชื่อถือจากเพื่อนร่วมงาน

องค์ประกอบที่ 3 ลักษณะของงานที่ทำและค่าตอบแทน เป็นองค์ประกอบที่สามารถสะท้อนความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา มีค่าความแปรปรวนในองค์ประกอบนี้ ร้อยละ 5.40 ในประเด็นนี้พิจารณาได้ว่าในภาพรวมบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังขาดแคลนกำลังคนเมื่อเทียบกับภาระงาน และค่าตอบแทนที่ได้รับไม่มีความสมดุล ซึ่งการมีรายได้ที่เพียงพอจะทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตและจะช่วยลดการรับรู้ต่อภาวะความเครียดและเพิ่มระดับของความสุขได้ (Jacobs & Gerson, 2001) มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของนิเวศน์ เหมวชิรวรากร (2550) กล่าวว่า การมีรายได้ที่เพียงพอจะทำให้บุคคลมีความสุขและสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตได้

องค์ประกอบที่ 4 ความพึงพอใจต่อผู้บังคับบัญชา เป็นองค์ประกอบที่สามารถสะท้อนความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา มีค่าความแปรปรวนในองค์ประกอบนี้ ร้อยละ 4.60 ในประเด็นนี้พิจารณาได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลทุกข์ สุข ของผู้ใต้บังคับบัญชา และมีความยุติธรรม มีความสอดคล้องกับทฤษฎีของมัลดารี (Muldary, 1983) ที่กล่าวไว้ว่า ถ้าหากผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชาขาดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ในการปฏิบัติงานมีสัมพันธภาพทางลบระหว่างกันแล้วจะเป็นการเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่าย และความไม่พึงพอใจในการทำงานได้เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Sheih (1998) พบว่า การรับรู้ภาวะผู้นำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงาน ซึ่งภาวะผู้นำที่มุ่งคนจะทำให้มีความพึงพอใจในงานสูงกว่าภาวะผู้นำแบบมุ่งงาน

องค์ประกอบที่ 5 สัมพันธภาพระหว่างครอบครัว เป็นองค์ประกอบที่สามารถสะท้อนความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา มีค่าความแปรปรวนในองค์ประกอบนี้ ร้อยละ 3.69 ในประเด็นนี้พิจารณาได้ว่าเนื่องจากว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นกุญแจสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่แข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในการทำงานเพราะมนุษย์ทุกคนย่อมต้องการที่จะมีเวลาส่วนตัวเพื่อทำในสิ่งที่ตนต้องการกับบทบาทของชีวิตแต่ละคน (เนตรสวรรค์ จินตนาวิลี, 2553) เช่นเดียวกับเจริญ ต้นสกุล และคณะ (2550) ที่พบว่า ความสมดุลระหว่างชีวิตงานและครอบครัวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสุขในงาน

สรุปผล

ผลการวิเคราะห์และตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา พบว่า ได้ 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล มี 10 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 2 การเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือ มี 7 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 3 ลักษณะของงานที่ทำและค่าตอบแทน มี 6 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 4 ความพึงพอใจต่อผู้บังคับบัญชา มี 5 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบที่ 5 สัมพันธภาพระหว่างครอบครัว มี 4 ตัวบ่งชี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 32 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 69.863 โดยมีค่าไคเอนเท่ากับ 14.43, 4.43, 2.16, 1.84 และ 1.47 ตามลำดับจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ สามารถสะท้อนให้เห็นว่าทุกๆ องค์ประกอบ จากผลการวิจัยที่ได้ล้วนมีผลให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความพึงพอใจ เต็มใจในการปฏิบัติงาน และทำงานอย่างมีความสุขได้ ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ มาเป็นองค์ประกอบในการพัฒนาการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ หาก

บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจก็จะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้การทำงานในหน่วยงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินและประยุกต์ใช้ในการกำหนดนโยบายและกรอบทิศทาง ในการส่งเสริมเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขทำงานอย่างมีความสุขและมีความพึงพอใจในการทำงานมากยิ่งขึ้นโดยจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดีมากขึ้น มีลักษณะงานที่ดี ควรมีการตอบแทนบุคลากรที่ดีด้วยรางวัลที่เหมาะสม และควรจัดสวัสดิการให้เหมาะสมกับบุคลากรในทุกๆระดับ ตลอดจนสนับสนุนกิจกรรมที่สามารถเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีให้เกิดขึ้นในองค์กร ซึ่งแนวทางดังกล่าว นอกจากจะส่งเสริมให้บุคลากรมีความสุขและความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้นแล้ว ยังทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในทุกๆระดับมีผลงานออกมาดีมีประสิทธิภาพเป็นที่น่าพอใจ ส่งผลให้มีความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และทำให้หน่วยงานเจริญก้าวหน้าไปด้วยเช่นเดียวกัน และการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพื่อยืนยันเชิงทฤษฎีขององค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ทั้งนี้ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นและควรจัดทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการหาแนวทางการพัฒนาความพึงพอใจในการทำงานเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการทำงานอย่างมีความสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2557). รายงานทรัพยากรสาธารณสุข. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข.
- จิราภรณ์ ภูสมบัติ. (2556). ความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง จังหวัดสกลนคร,วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เจริญ ต้นสกุล และคณะ. (2550). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยสภาพแวดล้อมกับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากร โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). สืบค้นจาก http://www.smsmba.ru.ac.th/index_files/AEC/Group1.pdf.
- จำลอง เครานวล. (2554). การปฏิบัติงานและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา.วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- ชาญณรงค์ วงศ์วิชัย. (2560). กำลังคนสุขภาพในฐานะแรงงาน : ปัญหาและทางออกของระบบสุขภาพไทย. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2016/04/12004>.
- ชินกร น้อยคำยาง และปภาดา น้อยคำยาง. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อดัชนีความสุขในการทำงานของบุคลากรในสำนักหอสมุดกลางมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารรังสิตสารสนเทศมหาวิทยาลัยรังสิต, 19(1), 88-89.
- ณัฏฐา กริทธิรัฐ. (2550). การศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการอุดมศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). สถิติชวนใช้. กรุงเทพฯ: โอเคอนพรีนตติ้ง.
- นิเวศน์ เหมวชิรวรากร. (2550). รวยห่วยอย่างพอเพียง. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.

- เนตรสวรรค์ จินตนาวลี. (2553). *ความสุขของการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดสมุทรสาคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เบญจวรรณ มาลัยรุ่งสกุล. (2552). *ปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, ต้ม บุญรอด, วชิราดา สิมลา, บุญเรือง ขาวนวล และพลภัทร ทรงศิริ. (2556). ปัจจัยคุณลักษณะของบุคลากรสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 43(2), 138-149.
- วัชร ขำเลิศ. (2559). *ความสุขในการทำงานของบุคลากรสำนักบริหารกลาง กรมทรัพยากรสิ่งแวดล้อม กระทรวงพาณิชย์*. สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564*. สืบค้นจาก <http://www.royalthaipolice.go.th/downloads/plan12.pdf>.
- สุนีย์ เกรานวล, อุไร หักกิจ และอุมพร บุญญโสพรรณ. (2552). การให้ความหมาย ความรู้สึก แรงจูงใจ และเงื่อนไขการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(2), 64-77.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). *รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ*. สืบค้นจาก http://203.157.10.8/hcode_2014/query_02.php?provcode=96&Submit= ค้นหา.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B. & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Jacobs, J. A., & Gerson, K. (2001). Overworked individuals or overworked families? Explaining trends in work, leisure, and family time. *Work and Occupations*, 28(1), 40-63.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper and Row.
- Muldary, T. W. (1983). *Interpersonal relations for health professionals : a social skills Approach*. New York: Macmillan.
- Sheih, C. S. (1998). The effect of perceived leadership behavior on the job satisfaction of subordinates in Taiwan's university libraries China. Retrieved from <http://dbonline.lib.cmu.ac.th/dao/detail.nsp>.
- Warr, P. (2007). *Work, happiness, and unhappiness*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2007-05763-000>.

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

แจ่มจันทร์ เทศสิงห์, ประด.*

ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์, ประด.**

ชัยวัฒน์ อ่อนโรตง, พย.ม.***

สาคร อินโทโล่, ประด.****

Received : 24 กันยายน 2562

Revised : 5 พฤษภาคม 2563

Accepted: 5 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความชุกของภาวะข้อเข่าเสื่อมและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,609 คน จาก 8 ชุมชน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 30.88 (95% CI 28.54 - 33.30) และปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (OR = 2.12, 95% CI 1.51 - 2.98, p -value<0.001) ความเสี่ยงต่อการรู้คิดบกพร่อง (OR = 3.97, 95% CI 3.04 - 5.20, p -value<0.001), อาการปวดเข่า (OR = 15.32, 95% CI 11.63-20.19, p -value<0.001) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (OR = 4.76, 95% CI 2.16 - 10.52, p -value< 0.001) ส่วนความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (OR = 0.60, 95% CI 0.45 - 0.80, p -value = 0.001) เป็นปัจจัยป้องกัน ดังนั้น ผู้ให้บริการสุขภาพจึงควรจัดทำโปรแกรมการป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว

คำสำคัญ: ข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุ ความชุก ปัจจัยเสี่ยง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; Correspond E-mail: chaemchant@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

The Prevalence and Risk Factors of Knee Osteoarthritis among the Elderly in Northeast Thailand

Chaemchan Thessingha, Ph.D.*

Chanyawee Chaiwong, Ph.D.**

Chaiwat Onthaisong, MS.N.***

Sakorn Intolo, Ph.D.****

Abstract

This study was descriptive research. This study aimed to determine the prevalence and risk factors of knee osteoarthritis among the elderly in Northeast Thailand. A sample group comprising 1,609 elderly, aged 60 years and above, in 8 communities of Northeastern Thailand using multi-stage sampling. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression analysis.

The results of the prevalence revealed that the elderly in Northeastern Thailand had knee osteoarthritis 30.88 % (95% CI 28.54- 33.30). The significant risk factors of knee osteoarthritis among elderly in Northeastern Thailand included body mass index (OR = 2.12, 95% CI 1.51 - 2.98, p-value<0.001), risk of cognitive impairment (OR=3.97, 95% CI 3.04-5.20, p-value<0.001), knee pain (OR =15.32, 95% CI 11.63 - 20.19, p-value <0.001), and activity of day living (OR = 4.76, 95% CI 2.16 - 10.52, p-value<0.001). The risk of fall (OR = 0.60, 95% CI 0.45 - 0.80, p-value = 0.001) is a protective factor. Therefore health care providers should perform a program to prevent knee osteoarthritis among the elderly, and these factors should be concerned.

Keywords: knee osteoarthritis, elderly, prevalence, risk factors, Northeastern Thailand

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Srimahasarakham Nursing College;
Correspond E-mail: chaemchant@gmail.com

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

*** Registered Nurse, Practitioner Level, Boromarajonani College of Nursing, Surin

**** Registered Nurse, Senior Professional Level, Srimahasarakham Nursing College

บทนำ

โรคข้อเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดเรื้อรัง ทุพพลภาพ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้สูงอายุ (Cross, et al., 2014; McAlindon, et al., 2014; Silverwood, et al., 2015) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเป็นโรคข้อเสื่อมกว่าร้อยละ 10 และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Cross, et al., 2014; Palazzo, et al., 2016) ตำแหน่งของข้อที่พบว่ามีอาการเสื่อม ได้แก่ ข้อเข่า สะโพก ข้อมือ กระดูกสันหลัง และข้อเท้า แต่ข้อเข่าพบว่าส่งผลกระทบรุนแรงและพบมากที่สุด (Litwic, et al., 2013) จากผลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 ของสुरเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ (2557) ซึ่งเก็บข้อมูลใน 12 เครือข่ายบริการสุขภาพทั่วประเทศ พบว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 95 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 อาการหรือมากกว่า เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เข่าเสื่อม พิกการ ติดเตียง ซึมเศร้า โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 8.6 พบมากในผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 11.9 อัตราอุบัติการณ์พบมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 50 พบในผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (Cross, et al., 2014; Litwic, et al., 2013) จากสถิติดังกล่าวสะท้อนถึงอุบัติการณ์ของโรคข้อเข่าเสื่อมทั่วโลกและประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้

โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเสื่อมหรือการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular cartilage) เป็นไปอย่างช้าๆ และต่อเนื่องโดยไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะเดิมได้และอาจทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงของโรคทั้งอาการปวดข้อเข่า มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ข้อโก่งงอผิดรูป จนกระทั่งเกิดภาวะทุพพลภาพตามมา พบว่า 1 ใน 10 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในประเทศไทยพบว่าเป็นจากปัญหาข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้พบอัตราอุบัติการณ์ของระบบกระดูกและข้อเพิ่มขึ้น ในทิศทางเดียวกัน ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางเสื่อมถอยการทำงานของร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงของโรค ทั้งอาการปวดข้อเข่า (Litwic, et al., 2013; Zhang & Jordan, 2010; สมาคมรูมาติซึมแห่งประเทศไทย, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของการเกิดข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ พบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีอายุที่เพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวเกิน ประวัติการได้รับบาดเจ็บของเข่าทำให้ยากต่อการติดเชื้อที่ข้อมากขึ้น เพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาชีพที่ต้องแบกหามหรือยกของหนัก การเคลื่อนไหวออกแรงที่มากเกินไป ตลอดจนการมีอิริยาบถและท่าทางในกิจวัตรประจำวันที่ไม่เหมาะสม ทำให้เพิ่มการเสียดสีหรือแรงอัดในข้อเข่า นอกจากนี้ น้ำหนักตัวมากเกินไปถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคข้อเสื่อม สุดท้ายการบาดเจ็บโดยตรงที่บริเวณข้อ นอกจากนั้น ปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือปัจจัยสนับสนุนในการเกิดโรคนี้ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ พันธุกรรม การอ่อนตัวของกล้ามเนื้อต้นขา ได้เช่นกัน (Blagojevic, et al., 2010; Leijon, et al., 2017; Silverwood, et al., 2015; Zhang & Jordan, 2010)

ปัญหาดังกล่าวเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกรวมทั้งประเทศไทย ผลจากภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตอยู่อย่างทุพพลภาพ ไร้สมรรถภาพในการประกอบอาชีพ นำไปสู่ความพิการและการเป็นภาระพึ่งพิงสภาพจิตใจที่เสื่อมถอยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความเจ็บปวดส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ และสำคัญที่สุดทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (Kojima, et al., 2017; Kuralay & Kiyak, 2018; Palazzo, et al., 2016) นอกจากนั้นโรคข้อเข่าเสื่อมยังก่อให้เกิดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อโรครุนแรงจนกระทั่งต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และการสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลจากการที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (Litwic, et al., 2013; Losina, et al., 2015) ประเทศไทยมีรายงานการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีราคาสูง และผู้ป่วยยังเสียเวลาเฉลี่ยนานถึง 12 วันในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (Kulthanan, et al., 2018) จากผลกระทบดังกล่าวสะท้อนถึงปัญหาของ

โรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งจำเป็นต้องได้รับการคัดกรองจากทีมสุขภาพอย่างเร่งด่วน และหาวิธีการป้องกันหรือชะลอการดำเนินโรค การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งเป็นการเตรียมการรับมือกับสังคมผู้สูงอายุอย่างมีทิศทางต่อไป

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. เพื่อศึกษาความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาพื้นที่ในการศึกษาคือ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดมหาสารคาม มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนที่ทำการศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 14,970 คน โดยผู้วิจัยใช้การสุ่มจังหวัดที่จะทำการศึกษแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้ 1) สุ่มแบบแบ่งชั้น โดยแบ่งเป็น จังหวัดที่มีดัชนีประชากรสูงอายุ (Index of Aging) ระหว่าง 100.0 - 119.9 และ ระหว่าง 80.0 - 99.9 และ 2) สุ่มอย่างง่าย เลือกจังหวัดและชุมชน โดยจังหวัดที่มีดัชนีประชากรสูงอายุ ระหว่าง 100.0 - 119.9 เลือก 2 ชุมชน ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดขอนแก่น ส่วนจังหวัดที่มีดัชนีประชากรสูงอายุระหว่าง 80.0 - 99.9 เลือกมาจังหวัดละ 1 ชุมชน ได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม อุดรธานี นครราชสีมา และจังหวัดสุรินทร์

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2551) โดยที่ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ มีจำนวน 14,970 คน อยู่ในช่วง 10,000 - 100,000 คน ซึ่งสามารถกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างได้ในช่วงร้อยละ 10 - 15 ในการศึกษา ผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,497 คน จากนั้นคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละจังหวัดที่สุ่มได้ และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจากการตกสำรวจ ผู้วิจัยทำการปรับขนาดตัวอย่างทดแทน ร้อยละ 7.5 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งคิดเป็น 112 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,609 คน จากนั้นเรียงรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชนในแต่ละพื้นที่ตามลำดับของบ้านเลขที่ แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากจนครบตามจำนวนที่กำหนด จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามสัดส่วนของแต่ละจังหวัด

จังหวัดตัวอย่าง	จำนวนประชากร(คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)	เพิ่ม ร้อยละ 7.5 (คน)
อุบลราชธานี	4,604	460	494
ขอนแก่น	3,952	395	425
มหาสารคาม	2,254	225	242
อุดรธานี	1,853	185	200
นครราชสีมา	993	99	106
สุรินทร์	1,314	131	142
รวม	14,970	1,497	1,609

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ และดัชนีมวลกาย
2. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2542) จาก Barthel ADL Index ของ Mahoney และ Barhtel (1965) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามระดับคะแนน ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มไม่มีภาวะพึ่งพาหรือกลุ่มติดสังคม มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลางถึงระดับมาก หรือกลุ่มติดบ้าน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน กลุ่มที่ 3 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์หรือกลุ่มติดเตียง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.98

3. แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยสอบถามผู้สูงอายุว่ามีอาการปวดเข่าหรือไม่ ถ้าตอบ “ปวดเข่า” แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมให้คัดกรองด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) ข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้านาน <30 นาที (Stiffness) 2) เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (Crepitus) 3) กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (Bony tenderness) 4) ข้อใหญ่ผิดปกติ (Bony enlargement) และ 5) ไม่พบข้ออุ่น (No palpable warmth) ซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีอาการ “ปวดเข่า” และตอบว่า “ใช่” 2 ข้อ แสดงว่ามีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

4. แบบคัดกรองภาวะหกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนและจับเวลา โดยให้เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม ปกติจะใช้เวลาน้อยกว่า 30 วินาที ถ้าใช้เวลา “≥ 30 วินาที” หรือ เดินไม่ได้ แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คณะกรรมการทำแบบประเมินประกอบด้วย กรรมการสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 36 คน ได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากนั้นคณะวิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองกับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.76

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แล้วผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือไปยังประธานชุมชนแต่ละพื้นที่ เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและประสานบุคลากรสุขภาพในชุมชนพื้นที่ที่ทำการศึกษเพื่อขอความร่วมมือในการประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีบุคลากรสุขภาพในชุมชนพื้นที่เป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ โดยแนะนำตนเองพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์จากการวิจัย พร้อมทั้งตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม และประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ (P-EC 09-02-60) คณะผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสอบถามความสมัครใจหลังจากได้ข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัยและหากกลุ่มตัวอย่างมีความขัดข้องในการให้ข้อมูล สามารถไม่ตอบคำถามและถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Window ซึ่งสถิติที่ใช้ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) กำหนดระดับความเชื่อมั่น $p < 0.05$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.1) อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 52.9) และมีอายุเฉลี่ย 70.47 ปี ($SD = 7.64$) ส่วนค่าดัชนีมวลกายกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 83.5) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ จำนวน 265 คน (ร้อยละ 16.5)

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 คะแนน ADL ≥ 12 คะแนน จำนวน 1,551 คน (ร้อยละ 96.4) รองลงมาเป็นกลุ่มที่ 2 คะแนน ADL 5-11 คะแนน จำนวน 49 คน (ร้อยละ 3) และกลุ่มที่ 3 คะแนน ADL ≤ 4 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 0.6)

3. ผลการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม: ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 30.88 (95% CI 28.54-33.30) และจากผลการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการสอบถามด้วยคำถาม 5 ข้อ ในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า จำนวน 1,222 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้า นาน <30 นาที จำนวน 416 คน (ร้อยละ 34.1) รองลงมา มีเสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว จำนวน 397 คน (ร้อยละ 32.5) ไม่พบข้ออักเสบ จำนวน 192 คน (ร้อยละ 15.7) กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า จำนวน 174 คน (ร้อยละ 14.2) และข้อใหญ่ผิดรูปจำนวน 43 คน (ร้อยละ 3.5)

4. ผลการคัดกรองภาวะหกล้มผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม จำนวน 533 คน (ร้อยละ 33.1)

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ($OR = 2.12$, 95% CI 1.51-2.98, $p\text{-value} < 0.001$) ความเสี่ยงต่อการรู้คิดบกพร่อง ($OR = 3.97$, 95% CI 3.04-5.20, $p\text{-value} < 0.001$) อาการปวดเข่า ($OR = 15.32$, 95% CI 11.63-20.19, $p\text{-value} < 0.001$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($OR = 4.76$, 95% CI 2.16-10.52, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ($OR = 0.60$, 95% CI 0.45-0.80, $p\text{-value} = 0.001$) เป็นปัจจัยป้องกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในภาควันออกเฉียงเหนือ (n= 1,609 คน)

ปัจจัยเสี่ยง	ภาวะข้อเข่าเสื่อม		Odds Ratio (95% CI)		p-value
	มี (n= 631)	ไม่มี (n= 978)	Unadjusted	Adjusted	
เพศ					
ชาย	213 (33.8%)	413 (42.2%)	กลุ่มอ้างอิง	กลุ่มอ้างอิง	0.067
หญิง	418 (66.2%)	565 (57.8%)	1.43 (1.15-1.77)	1.28 (0.98- 1.67)	
อายุ					
60-69	291 (46.1%)	560 (57.3%)	กลุ่มอ้างอิง	กลุ่มอ้างอิง	0.060
>70	340 (53.9%)	418 (42.7%)	1.57 (1.28-1.91)	1.30 (0.99-1.72)	
เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม					
ไม่เสี่ยง	237 (37.6%)	384 (39.3%)	กลุ่มอ้างอิง	กลุ่มอ้างอิง	0.001*
เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม	394 (62.4%)	594 (60.74%)	1.07 (0.87-1.32)	0.60 (0.45-0.80)	
ดัชนีมวลกาย					
ปกติ	484 (76.7%)	860 (87.9%)	กลุ่มอ้างอิง	กลุ่มอ้างอิง	<0.001*
ผิดปกติ	147 (23.3%)	118 (12.1%)	2.21 (1.70-2.90)	2.12 (1.51-2.98)	
เสี่ยงต่อการรู้คิดบกพร่อง					
ไม่เสี่ยง	224 (35.5%)	627 (64.1%)	กลุ่มอ้างอิง	กลุ่มอ้างอิง	<0.001*
เสี่ยง	407 (64.5%)	351 (35.9%)	3.25 (2.63-4.00)	3.97 (3.04-5.20)	
อาการปวดเข่า					
ไม่ปวด	177 (28.1%)	824 (84.3%)	กลุ่มอ้างอิง	กลุ่มอ้างอิง	<0.001*
ปวด	454 (71.9%)	154 (15.7%)	13.72 (10.75-17.53)	15.32 (11.63-20.19)	
ADL					
กลุ่ม 1 ADL≥12	582 (92.2%)	969 (99.1%)	กลุ่มอ้างอิง	กลุ่มอ้างอิง	<0.001*
กลุ่ม 2 ADL 0-11	49 (7.8%)	9 (0.9%)	9.07 (4.42-18.59)	4.76 (2.16-10.52)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมสูง ร้อยละ 30.88 (95% CI 28.54 - 33.30) ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษาที่ผ่านมาของสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ (2556) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 14,000 คน สุ่มเลือกตัวแทนจาก 28 จังหวัดใน 12 เครือข่ายบริการสุขภาพทั่วประเทศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้มีร้อยละ 10.6 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมเบื้องต้นโดยการสอบถาม ยังไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางคลินิกโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เมื่อวิเคราะห์แยกตามเพศพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.2) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 33.8) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งหมดที่รายงานไว้ว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงในการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย 1.82 เท่าของเพศชาย (95% CI 1.36-2.43, p -value<0.001) (Blagojevic, et al., 2010; Litwic, et al., 2013; สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2557) อธิบายได้ว่าหญิงที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง เอสโตรเจนช่วยยับยั้งการสลายของเนื้อกระดูก เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนควบคุมให้เกิดความสมดุลของแคลเซียมในร่างกาย โดยเพิ่มการดูดซึมของแคลเซียมในลำไส้เล็กเข้าสู่กระแสเลือดและเข้าเกาะกับเนื้อกระดูกได้มากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ลดการสลายตัวของแคลเซียมออกจากเนื้อ

กระดูก ซึ่งเป็นผลทำให้เนื้อกระดูกหรือมวลกระดูกยังคงความหนาแน่น แข็งแรง ไม่เปราะบางและแตกหักง่าย (Wise, et al., 2013) นอกจากนี้พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหญิงในสังคมชนบทพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมักจะพบว่า วัฒนธรรมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือกิจกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุหญิงจะต้องนั่งพับเพียบกับพื้นเป็นเวลานาน จึงนับเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมได้ (นงพิมพ์ นิมิตอานันท์, 2557) และเมื่อวิเคราะห์ตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปี โดยพบอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 53.9 ซึ่งอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมจะพบสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ (Blagojevic, et al., 2010; Loeser, et al., 2012; Zhang & Jordan, 2010)

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ($OR = 2.12, 95\% CI 1.51 - 2.98, p\text{-value} < 0.001$) ความเสี่ยงต่อการรู้คิดบกพร่อง ($OR = 3.97, 95\% CI 3.04 - 5.20, p\text{-value} < 0.001$) อาการปวดเข่า ($OR = 15.32, 95\% CI 11.63-20.19, p\text{-value} < 0.001$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($OR = 4.76, 95\% CI 2.16 - 10.52, p\text{-value} < 0.001$) การที่มีดัชนีมวลกายผิดปกติมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าการที่มีดัชนีมวลกายปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุดัชนีมวลกายสูงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ (Losina, et al., 2013; จันทรจิรา เกิดวัน และคณะ, 2559; สมเกียรติยศ วรเดช และคณะ, 2563) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าผู้สูงอายุดัชนีมวลกายสูงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ 2.10-3.16 เท่า บ่งบอกถึงถ้าหากผู้สูงอายุยังมีน้ำหนักตัวมากยิ่งขึ้นเสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น (Silverwood, et al., 2015) เนื่องจากน้ำหนักตัวที่มากขึ้นจะทำให้ข้อเข่าต้องรับน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว (Blagojevic, et al., 2010; Silverwood, et al., 2015) นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าดัชนีมวลกายส่งผลต่อแนวของข้อเข่าในการเคลื่อนไหวร่างกายโดยผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายสูงจะมีการผิดรูปของแนวข้อเข่าที่ใช้ในการเคลื่อนไหวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่ำ ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินจะทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเข่าเป็นไปด้วยความลำบาก (Naoto, et al., 2016)

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการรู้คิดบกพร่องมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมสูง 3.97 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการรู้คิดบกพร่องบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการทำงานของสมองที่มีความผิดปกติ การควบคุมการเคลื่อนไหวผิดปกติ และมีโอกาสหกล้มได้ง่ายจึงอาจส่งผลให้เกิดข้อเข่าเสื่อมจากการอักเสบที่เป็นผลจากการหกล้มได้ (Munoz, et al., 2010) ที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง ผลการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมสูงถึง 15.32 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการปวดเข่า ซึ่งอาการปวดเป็นอาการที่แสดงถึงความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีปัจจัยส่งเสริมได้หลายอย่าง เช่น การทรงท่าที่มีการงอหรือใช้ข้อเข่ามาก ได้แก่ การนั่งยองๆ นั่งพับเพียบ ขัดสมาธิ ซึ่งเป็นท่าที่ทำประจำในแต่ละวันของผู้สูงอายุไทย (Dahaghin, et al., 2009) แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Silverwood และคณะ (2015) ที่พบว่าความเจ็บปวดไม่สัมพันธ์กับข้อเข่าเสื่อม ทั้งนี้อาจเป็นไปได้อาจเป็นระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดของผู้สูงอายุแต่ละคนไม่เท่ากัน อีกทั้งขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตในบริบทวัฒนธรรมที่แตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือกิจกรรมทางศาสนาและนั่งพับเพียบหรือนั่งขัดสมาธิกับพื้นเป็นเวลานาน หรือการนั่งยองๆ นั่งท่าเดียวนานๆ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการปวดข้อเข่าได้ (นงพิมพ์ นิมิตอานันท์, 2557) ผลการศึกษานี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL 0-11 คะแนน (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL ≥ 12 (กลุ่มติดสังคม) ถึง

4.76 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่พบว่าระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีผลต่อโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับรุนแรง (พัทธนันท์ คงทอง, 2560)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มเป็นปัจจัยป้องกัน (OR = 0.60, 95% CI 0.45-0.80, p -value = 0.001) สะท้อนการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมีโอกาสเกิดค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มนับเป็นการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมจากการบาดเจ็บที่ข้อเข่าจากการหกล้มได้ (Wallace, et al., 2017)

จุดอ่อนของการศึกษานี้ คือการคัดกรองโดยใช้แบบสอบถามประเมินเบื้องต้นไม่ใช้การประเมินทางคลินิก อาจมีผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมีจำนวนสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ พันธุกรรม การสูบบุหรี่ การแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา อาชีพ การเล่นเกม และประวัติการได้รับบาดเจ็บที่หัวเข่า
2. ควรจัดทำโปรแกรมการป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในภาวะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความเสี่ยงต่อการรู้คิดบกพร่อง อาการปวดเข่า และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
3. ควรมีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมจากการบาดเจ็บที่ข้อเข่าจากการหกล้มของผู้สูงอายุ
4. ควรจัดทำโปรแกรมการป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่ม 2 คะแนน ADL 0-11 (กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง) ที่มีอาการปวดเข่า ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ และการรู้คิดบกพร่องผิดปกติ อาทิเช่น โปรแกรมการลดน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ โปรแกรมการบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากเครือข่ายวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์จิรา เกิดวัน, จิราภรณ์ บุญอินทร์, ชุตินา ธีระสมบัติ และวิไล คุปต์นิวัติศัยกุล. (2559). การสำรวจความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารกายภาพบำบัด*, 38(2), 59-70.
- นงพิมล นิมิตรอนันท์. (2557). สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 185-194.
- พัทธนันท์ คงทอง. (2560). ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนช้าง อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา*, 9(18), 120-128.
- สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, ญัฐสิทธิ์ สองเมือง และวนิดา สุขรัตน์. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอบำเพ็ญ จังหวัดพัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(1), 227-239.

- สมาคมรูมาติซั่มแห่งประเทศไทย. (2553). *แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee)*. สืบค้นจาก <http://www.thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/Guideline-for-Management-of-OA-knee.pdf>
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, อีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, ลีลี อิงศรีสว่าง และยศ ตีระวัฒนานนท์. (2557). *โครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. สืบค้นจาก <http://www.ucbp.net/wp-content/uploads/2014/09/การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย.pdf>
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา
- Blagojevic, M., Jinks, C., Jeffery, A., & Jordan, K. P. (2010). Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 18(1), 24-33. doi:<https://doi.org/10.1016/j.joca.2009.08.010>
- Cross, M., Smith, E., Hoy, D., Nolte, S., Ackerman, I., Fransen, M., March, L. (2014). The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(7), 1323.
- Dahaghin, S., Tehrani-Banihasshemi, S. A., Faezi, S. T., Jamshidi, A. R., & Davatchi, F. (2009). Squatting, sitting on the floor, or cycling: are life-long daily activities risk factors for clinical knee osteoarthritis? Stage III results of a community-based study. *Arthritis Rheum*, 61(10), 1337-1342. doi: 10.1002/art.24737.
- Kojima, N., Kim, M., Saito, K., Yoshida, Y., Hirano, H., Obuchi, S., Kim, H. (2017). Predictors of self-reported knee osteoarthritis in community-dwelling older women in Japan: A cross-sectional and longitudinal cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 73, 125-132. doi:<https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.07.005>
- Kulthanan, T., Kaewpornawan, K., Thanapipatsiri, S., Lamsam, C., Asavamongkolkul, A., & Vamvanij, V., et al. (2006). Medical utilization review using indicators with ORTHOPAEDICS in Orthopaedic inpatients under universal coverage policy admitted to Siriraj Hospital. *Siriraj Medical Journal*, 58(3), 720-724.
- Kuralay, C., & Kiyak, E. (2018). Sleep quality and factors affecting patients with knee osteoarthritis. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1141-1146.
- Leijon, A., Ley, C. J., Corin, A., & Ley, C. (2017). Cartilage lesions in feline stifle joints – Associations with articular mineralizations and implications for osteoarthritis. *Research in Veterinary Science*, 114, 186-193. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rvsc.2017.04.008>
- Litwic, A., Edwards, M. H., Dennison, E. M., & Cooper, C. (2013). Epidemiology and burden of osteoarthritis. *British medical bulletin*, 105, 185-199. doi:10.1093/bmb/lds038
- Loeser, R. F., Goldring, S. R., Scanzello, C. R., & Goldring, M. B. (2012). Osteoarthritis: A disease of the joint as an organ. *Arthritis & Rheumatism* 64(4), 1697–1707.

- Losina, E., Paltiel, A. D., Weinstein, A. M., Yelin, E., Hunter, D. J., Chen, S. P., . . . Katz, J. N. (2015). Lifetime medical costs of knee osteoarthritis management in the United States: impact of extending indications for total knee arthroplasty. *Arthritis care & research*, 67(2), 203-215. doi:10.1002/acr.22412
- Losina, E., Weinstein, A. M., Reichmann, W. M., Burbine, S. A., Solomon, D. H., Daigle, M. E., . . . Katz, J. N. (2013). Lifetime risk and age at diagnosis of symptomatic knee osteoarthritis in the US. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 65(5), 703-711.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965) Functional evaluation the barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- McAlindon, T. E., Bannuru, R. R., Sullivan, M. C., Arden, N. K., Berenbaum, F., Bierma-Zeinstra, S. M., . . . Underwood, M. (2014). OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 22(3), 363-388. doi:10.1016/j.joca.2014.01.003
- Munoz, V. M., Van Kan, G. A., Cantet, C., Cortes, F., Ousset, P. J., Rolland, Y., et al. (2010). Gait and balance impairments in alzheimer disease patients. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 24(1), 79-84.
- Naoto, F., Hirotaka, I., Takahiko, F., Daisuke, U., Eishi, K., Kazuo, O., . . . Shuichi, M. (2016). Association of varus thrust with pain and stiffness and activities of daily living in patients with medial knee osteoarthritis. *Physical Therapy*, 96(2), 167-175. doi:10.2522/ptj.20140441
- Palazzo, C., Nguyen, C., Lefevre-Colau, M.-M., Rannou, F., & Poiraudau, S. (2016). Risk factors and burden of osteoarthritis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(3), 134-138. doi:https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.01.006
- Silverwood, V., Blagojevic-Bucknall, M., Jinks, C., Jordan, J. L., Protheroe, J., & Jordan, K. P. (2015). Current evidence on risk factors for knee osteoarthritis in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 23(4), 507-515. doi:https://doi.org/10.1016/j.joca.2014.11.019
- Wallace, I. J., Worthington, S., Felson, D.T., Jurmain, R. D., Wren, K. T., Maijanen, H., . . . Lieberman, D. E. (2017). Knee osteoarthritis has doubled in prevalence since mid-20th century. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 114(35), 1-5.
- Wise, B. L., Niu, J., Zhang, Y., Felson, D. T., Bradley, L. A., Segal, N., . . . Lane, N. E. (2013). The association of parity with osteoarthritis and knee replacement in the multicenter osteoarthritis study. *Osteoarthritis & Cartilage*, 21(12), 1849-1854. doi:10.1016/j.joca.2013.08.025
- Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics in geriatric medicine*, 26(3), 355-369. doi:10.1016/j.cger.2010.03.001

**ทัศนคติและมุมมองต่อผู้สูงอายุ
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม**

สาคร อินทโธ, ปรด.*

อักษะรา กะการดี, พย.ม.**

ณเอนันท์ ตั้งปฐมวงศ์, พย.ม.**

พณิศร์ จันทราทิพย์, พย.ม.**

พัชรรัตน์ อันสีแก้ว, พย.ม.**

สุภาพร ประนัดทา, พย.ม.**

นุชนาถ บุญมาศ, พย.ม.***

Received : 3 มีนาคม 2562

Revised : 12 พฤษภาคม 2563

Accepted: 13 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติและมุมมองต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มประชากรจำนวนทั้งหมด 136 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลทัศนคติต่อผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลมุมมองต่อผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 มีทัศนคติในด้านบวกต่อผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด ($M = 4.28 \pm 0.809$) ส่วนทัศนคติในด้านลบต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($M = 3.77 \pm 1.012$) ส่วนมุมมองต่อผู้สูงอายุ มี 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ผู้ทรงคุณค่า ได้แก่ ผู้มีประสบการณ์สูง ผู้เป็นต้นแบบของลูกหลาน และผู้มีคุณธรรมสูง และ 2) ผู้มีความเปราะบาง ได้แก่ ร่างกายเสื่อมตามวัย เจ็บป่วยง่ายและหายช้า และต้องพึ่งพาผู้อื่น

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านักศึกษามีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ และการมีมุมมองที่สะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นคุณสมบัติที่ดีที่สามารถส่งเสริมให้เป็นพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพในอนาคตได้

คำสำคัญ: นักศึกษาพยาบาล ผู้สูงอายุ มุมมอง ทัศนคติ

* พยาบาลชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; Correspond E-mail: s_intolo@yahoo.co.th

** พยาบาลชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

*** พยาบาลชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

Attitudes and Perspectives toward the Older Persons of the Second year Nursing Students of Srimahasarakham Nursing College

Sakorn Intolo, RN., Ph.D.*

Auksara Kakandee, RN., M.N.S.**

Chernin Tangpathomwong, RN., M.N.S.**

Phuetthisak Chantratip, RN., M.N.S.**

Patchareerat Anseekaew RN., M.N.S.**

Supaporn Pranudta RN., M.N.S.**

Nutchanad Boonmas, RN., M.N.S.***

Abstract

This study aimed to assess the second-year nursing students' attitudes and perspectives toward older persons. Samples were 136 second-year nursing students. The attitudes towards older persons were collected by questionnaires. Perspectives towards older persons were collected by focus group discussion. Descriptive statistics were used for quantitative data analysis, and content analysis was used for qualitative data analysis.

The research findings showed that second-year nursing students had positive attitudes towards older persons at the highest level ($M = 4.28 \pm 0.809$). Moreover, the level of negative attitude was at a high level ($M = 3.77 \pm 1.012$). Perspective towards the elderly, consist of 2 themes. The first theme was value person with the sub-theme of highly experienced, the role model, and moral person. The second theme was a vulnerable person with the sub-themes of physical and functional decline, likely to get sick and recovery slow and dependency person.

The study results reflect nursing students have a positive attitude towards the elderly and having a point of view in understanding about the change of the elderly. These good attributes should be enhanced among nursing students; then, they will become good geriatric nurses in the future.

Keywords: nursing student, older person, attitude, perspective

* Registerd Nurse, Senior Professional Level, Srimahasarakham Nursing College;

Corresponds E-mail: s_intolo@yahoo.co.th

** Registerd Nurse, Professional Level, Srimahasarakham Nursing College

*** Registerd Nurse, Senior Professional Level, Srimahasarakham Nursing College

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุและกำลังจะเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2568 (รศรินทร์ เกรย์, อุมารณ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า, 2556) จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ นโยบายสุขภาพของไทยได้ให้ความสำคัญกับการวางแผนการบริการด้านสุขภาพเพื่อรองรับปัญหานี้ไว้อย่างชัดเจน ดังจะเห็นได้ว่าการวางระบบบริการสุขภาพเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของกลุ่มประชากรสูงอายุ มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมกลไกหลักในการขับเคลื่อนและบริหารจัดการเพื่อการดำเนินงาน ระบบการดูแลระยะยาว (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร และบรรคม สิริพันธ์, 2561) อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้การบริการสุขภาพสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี นั่นคือ การมีบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพ พยาบาลวิชาชีพถือเป็นกำลังคนซึ่งเป็นหัวใจของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของไทย (ดุชนิ ยศทอง, 2562) และเป็นบุคลากรสุขภาพหลักที่จะให้บริการด้านสุขภาพ แก่ผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้บริการสุขภาพที่เข้าถึง ผู้สูงอายุในทุกกลุ่มภาวะสุขภาพ อีกทั้งในหน่วยบริการสุขภาพในแต่ละระดับไม่ว่าจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ล้วนแต่มีพยาบาลวิชาชีพเป็นอัตราากำลังที่สำคัญในการดูแลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็น องค์กรรวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ (Erickson, 2007) ดังนั้นการผลิตบัณฑิตทางการพยาบาลเพื่อรองรับระบบ บริการสุขภาพจึงต้องให้ความสำคัญทั้งการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะทางปฏิบัติและทัศนคติไปพร้อมๆ กัน ซึ่ง ในการดูแลผู้สูงอายุนั้น การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุนับเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, บังอร เผ้าน้อย และปานทิพย์ ปุณณานนท์, 2556)

ทัศนคติเป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคลที่ตอบสนองต่อวัตถุสิ่งของหรือเหตุการณ์เฉพาะอย่างใดอย่าง หนึ่ง ซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์เรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลให้เกิดความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ที่มีแนวโน้มด้าน จิตใจในลักษณะชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้นหรือเกิดความรู้สึกรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่ เกี่ยวพันกับการรับรู้และการตอบสนองของบุคคลไปสู่อุบุคคล สิ่งของและสถานการณ์ต่างๆ (เฉลิมขวัญ สิงห์วี, 2558) ทัศนคติต่อผู้สูงอายุจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์และเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อมของแต่ละบุคคล จากการ ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาทัศนคติต่อผู้สูงอายุในกลุ่มวัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ, 2562) เช่นเดียวกับการศึกษาทัศนคติต่อผู้สูงอายุในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ของสถาบัน ศึกษาเอกชนพบว่านักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ (กันยพัชร เศรษฐ์โชฎีก, 2558; ณิชชา ตระการ จันทร, 2561) อย่างไรก็ตามทัศนคติของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในปัจจุบัน (เฉลิมพร เย็นเยือก, 2558) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร การเพิ่มขึ้นของจำนวนสูงอายุ การ เปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมส่งผลให้มุมมองทางสังคมต่อผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิด ทัศนคติในเชิงลบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะประเทศในแถบตะวันออกที่เริ่มมีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม แม้ว่า จะมีวัฒนธรรมดั้งเดิมในการให้ความเคารพผู้สูงอายุ (North & Fiske, 2015)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทัศนคติต่อผู้สูงอายุเกิดจากมุมมองหรือการรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุที่แต่ละ บุคคลมีประสบการณ์ตรงจากการเรียนรู้ การบอกเล่า ตลอดจนรับรู้ผ่านสื่อต่างๆ ที่นำเสนอ ภายใต้บริบทของ สังคมและวัฒนธรรม (Strugala, Talarska, & Wysock, 2016) หากบุคคลมีมุมมองภาพลักษณ์ผู้สูงอายุในเชิงลบ หรือรับรู้ภาพลักษณ์ในด้านลบของผู้สูงอายุผ่านสื่อที่มีการเผยแพร่ เช่น ความพิการ ทพพลภาพ ความอ่อนแอและ เปราะบางทางสุขภาพ การเป็นภาระต้องพึ่งพิงผู้อื่น ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง (Cheung, Chan, & Lee, 1999) ภาพลักษณ์เหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของบุคคล และเกิดเป็นทัศนคติด้านลบต่อ

ผู้สูงอายุได้ มุมมองและทัศนคติจึงมีความเชื่อมโยงกัน มีการศึกษามุมมองและทัศนคติต่อผู้สูงอายุของคนวัยทำงาน และวัยเรียน โดยพบว่าคนทั้งสองวัยมีมุมมองต่อผู้สูงอายุในเชิงบวกคือ การเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและมีประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อคนรุ่นหลัง และคนทั้งสองวัยมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน (กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ, 2553) การดำเนินชีวิตภายใต้บริบททางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่ตีร่วมกับผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลให้บุคคลเกิดมุมมองที่ดีและมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ (Knox, et al, 2005; Carreiro & Stefanie, 2012)

การจัดการเรียนการสอนเป็นกระบวนการพัฒนาความรู้ ทักษะทางการปฏิบัติและส่งเสริมผู้เรียนในด้านทัศนคติได้ โดยวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามได้จัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2555 ประจำปีการศึกษา 2560 ซึ่งหลักสูตรได้มุ่งเน้นให้การเสริมสร้างมุมมองและทัศนคติในเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในอนาคตสามารถปฏิบัติบทบาทผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ (ทัศนีย์ เกริกกุลธร และคณะ, 2556) มีการกำหนดเนื้อหาบทเรียนที่เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีผู้สูงอายุ ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของบุคคลวัยผู้สูงอายุในระยะเฉียบพลัน วิกฤติ และเรื้อรัง เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาในเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ซึ่งเป็นรายวิชาที่จัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 2 ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ถือว่าเป็นคนรุ่นใหม่และในอนาคตจะเติบโตไปเป็นกำลังสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย แม้ว่าการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีจะสามารถวัดประเมินผลจากการทดสอบวัดระดับความรู้ความเข้าใจ และการวิเคราะห์สถานการณ์ในการประยุกต์ความรู้ไปใช้ได้ แต่ในด้านทัศนคติแม้จะมีการวัดด้วยการทดสอบแต่ก็ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้เรียนที่มีต่อผู้สูงอายุ อีกทั้งการศึกษามุมมองต่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องให้ผู้เรียนถ่ายทอดความเข้าใจเป็นภาษาที่สื่อจากความคิดผ่านประสบการณ์ตรงของแต่ละบุคคลจึงจะเป็นความหมายจากการรับรู้ต่อเรื่องนั้นๆ โดยตรง (ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร, 2557) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาทัศนคติและมุมมองต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม โดยผลการศึกษารั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนสอนในภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุแก่นักศึกษา อันจะเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาทัศนคติและมุมมองต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ทัศนคติเป็นการวัดความคิดเห็นที่มีต่อผู้สูงอายุทั้งเชิงบวกและความคิดเห็นเชิงลบ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ ซึ่งจะบอกระดับของทัศนคติของนักศึกษาในการศึกษารั้งนี้ได้ชัดเจน

มุมมองต่อผู้สูงอายุเป็นการสะท้อนความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดต่อผู้สูงอายุ ผ่านการรับรู้จากประสบการณ์เดิมของนักศึกษาแต่ละบุคคล ในการศึกษามุมมองต่อผู้สูงอายุครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาข้อมูลผ่านคำพูดที่มีความหมายผ่านการตีความของผู้ให้ข้อมูลในบริบทที่เป็นจริง ช่วงเวลาที่ศึกษา คือระหว่างเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2561 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 34 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 136 คน โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. การวัดทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ในการวิจัยนี้ใช้วิธีรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการวัดด้วยแบบมาตรวัดลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามของกาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ (2553) ประกอบด้วย คำถามเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 24 ข้อ (มีจำนวน 12 ข้อเท่ากัน) ความคิดเห็นต่อคำถามในเชิงบวกและเชิงลบแต่ละข้อนี้มีการให้คะแนนเป็นระดับตั้งแต่ 1 – 5 ดังนี้

ความคิดเห็นต่อคำถามในเชิงบวก	ความคิดเห็นต่อคำถามในเชิงลบ
1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด	1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด
2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อย	2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยระดับน้อย
3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง	3 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยระดับปานกลาง
4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก	4 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยระดับมาก
5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด	5 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยระดับมากที่สุด

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบกับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาร์คได้เท่ากับ 0.78

ในการแปลผล ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผล ตามค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด/ไม่เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด
- 2 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อย/ไม่เห็นด้วยระดับน้อย
- 3 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง/ไม่เห็นด้วยระดับปานกลาง
- 4 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก/ไม่เห็นด้วยระดับมาก
- 5 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด/ไม่เห็นด้วยระดับมากที่สุด

2. การประเมินมุมมองต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากการศึกษามุมมองเป็นการค้นหาข้อมูลหรือองค์ความรู้ที่สะท้อนถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อค่านิยมของแต่ละบุคคล อันเป็นผลสืบเนื่องเชื่อมโยงมาจากการมีประสบการณ์ตรงที่แตกต่างกัน ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงใช้วิธีรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษามุมมองต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 2 ซึ่งมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ในการประเมินมุมมองต่อผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม แนวคำถามปลายเปิดการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับมุมมองต่อผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวคำถามปลายเปิดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับแนวคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตัวอย่างแนวคำถาม มีดังนี้

“คำว่า “ผู้สูงอายุ” ตามความคิดเห็นและความเข้าใจของนักศึกษาเป็นอย่างไร”

“ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ตามความเข้าใจของนักศึกษาเป็นอย่างไร”

จริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมจากหน่วยงานต้นสังกัดและผ่านการรับรองให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ IRB SNC 002/2561 และผู้วิจัยดำเนินการด้านจริยธรรมโดยคำนึงถึงหลักผลประโยชน์ ได้แก่ ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อน

ดำเนินงานวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการตอบแบบสอบถามทันทีที่รู้สึกไม่สบายใจในการเข้าร่วมการวิจัย คำนึงถึงหลักการเคารพความเป็นบุคคล ได้แก่ การขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างทุกครั้งก่อนดำเนินการ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยคำนึงถึงหลักความยุติธรรม โดยชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอผลใน ภาพรวม เคารพให้เกียรติกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ดังนี้

1. ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยประสานกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอ ความสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครเข้าร่วมกระบวนการวิจัยให้ความยินยอม โดยการเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.1.1 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ในช่วงโค้งสุดท้ายของการเรียนการสอนใน รายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1

3.1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเชิงปริมาณ และทำการวิเคราะห์ข้อมูล

3.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.2.1 ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 10-12 คน จำนวน 11 กลุ่มๆ ละ 1 ครั้ง ใช้เวลากลุ่มละ 60-90 นาที ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาไม่ซ้ำกัน และใช้ การสนทนากลุ่มแบบกลุ่มเดี่ยว (single focus group) (Nyumba, et al, 2018) ร่วมกับการบันทึกเทปการ สนทนาและการบันทึกเหตุการณ์ในระหว่างการสนทนากลุ่ม

3.2.2 ผู้วิจัยทำการถอดเทปการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และทำการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ในการศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และข้อมูลทัศนคติของของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ต่อผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธี วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.4 เป็นเพศชาย ร้อยละ 6.6 อยู่ในช่วง 20-25 ปี ร้อยละ 98.52 (อายุเฉลี่ย 20.44 ปี) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีภูมิลำเนาอยู่ในนอกเทศบาล ร้อยละ 64 รองลงมาคือมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 36 อาศัยอยู่กับอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 55.1 รองลงมา คืออาศัยอยู่กับพ่อแม่และมีบุพการีสูงอายุ ร้อยละ 39.7 และน้อยที่สุดคืออยู่ลำพังกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.2 ได้รับการเลี้ยงดูจากบุพการีสูงอายุในช่วงแรกเกิดจนถึง 12 ปี ร้อยละ 41.91 รองลงมาคือได้รับการอบรมเลี้ยงดูจาก บุพการีสูงอายุในช่วงแรกเกิด-6 ปี ร้อยละ 30.15 และน้อยที่สุดคือไม่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบุพการีสูงอายุใน ช่วงแรกเกิด -12 ปี ร้อยละ 27.94 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,000-29,999 บาท ร้อยละ 55.88

รองลงมาคือต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 25.74 น้อยที่สุดคือรายได้มากกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 8.8 ข้อมูลดังที่นำเสนอในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n =136 คน)

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	127	93.4
	ชาย	9	6.6
ศาสนา			
พุทธ		136	100
อายุ			
น้อยกว่า 20 ปี (19 ปี)		1	0.74
20-25 ปี		134	98.52
มากกว่า 25 ปี (30 ปี)		1	0.74
(อายุเฉลี่ย 20.44 ปี)			
ภูมิลำเนา			
ในเขตเทศบาล		49	36
นอกเขตเทศบาล		87	64
ลักษณะของครอบครัว			
อยู่ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ		65	55.1
อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีผู้สูงอายุ		71	39.7
อยู่ลำพังกับผู้สูงอายุ		7	6.2
การเลี้ยงดูจากบุพการีสูงอายุ			
ไม่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบุพการีสูงอายุในช่วงแรกเกิดจน - 12 ปี		38	27.94
ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบุพการีสูงอายุในช่วงแรกเกิด - 6 ปี		41	30.15
ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบุพการีสูงอายุในช่วงแรกเกิดจน - 12 ปี		57	41.91
รายได้ครอบครัว			
ต่ำกว่า 10,000 บาท/ต่อเดือน		35	25.74
10,000-29,900 บาท/ต่อเดือน		76	55.88
30,000-49,900 บาท/ต่อเดือน		13	9.56
มากกว่า 50,000 บาท/ต่อเดือน		12	8.82

ส่วนที่ 2 ทศนคติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ต่อผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า ทศนคติเชิงบวกของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างมาก และทศนคติเชิงลบของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ค่อยเห็นด้วย ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติเชิงบวกของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ต่อผู้สูงอายุ (n = 136 คน)

ทัศนคติเชิงบวก (n=136)	M	SD	แปลผล
1. อยากพูดคุยกับผู้อื่นเสมอ	4.71	.85	เห็นด้วยระดับมากที่สุด
2. เป็นต้นแบบที่ดีสำหรับลูกหลาน	4.68	.72	เห็นด้วยระดับมากที่สุด
3. ควรได้รับการดูแลและส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่	4.62	.63	เห็นด้วยระดับมากที่สุด
4. สามารถแยกแยะว่าอะไรเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ อย่างแท้จริง	4.57	.73	เห็นด้วยระดับมากที่สุด
5. สามารถเข้าใจสถานการณ์ได้ดีกว่าคนหนุ่มสาว	4.52	.74	เห็นด้วยระดับมากที่สุด
6. เป็นผู้สืบสานวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี	4.38	.78	เห็นด้วยระดับมากที่สุด
7. ให้คำแนะนำปรึกษาแก่คนที่อายุน้อยกว่า	4.21	.83	เห็นด้วยระดับมากที่สุด
8. สามารถจัดการเรื่องการเงินได้อย่างดี	4.17	.79	เห็นด้วยระดับมาก
9. มีความรอบรู้ เฉลียวฉลาด	4.10	.76	เห็นด้วยระดับมาก
10. สนใจศาสนาที่ตนนับถือมากขึ้น	3.95	.86	เห็นด้วยระดับมาก
11. ประสบการณ์ของผู้สูงอายุเป็นประโยชน์แก่คนรุ่นหลัง	3.79	1.06	เห็นด้วยระดับมาก
12. มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิตเพราะผ่านประสบการณ์มากมายแล้ว	3.76	.96	เห็นด้วยระดับมาก
รวม	4.28	.81	เห็นด้วยระดับมากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่า ภาพรวมนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุเชิงบวกในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($M = 4.28$, $SD = 0.81$) โดยมีทัศนคติเชิงบวกสูงสุดคือ ผู้สูงอายุอยากพูดคุยกับผู้อื่นเสมอ อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($M = 4.71$, $SD = 0.85$) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุ เป็นต้นแบบที่ดีสำหรับลูกหลาน อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($M = 4.68$, $SD = 0.72$) และผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลและส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($M = 4.62$, $SD = 0.63$)

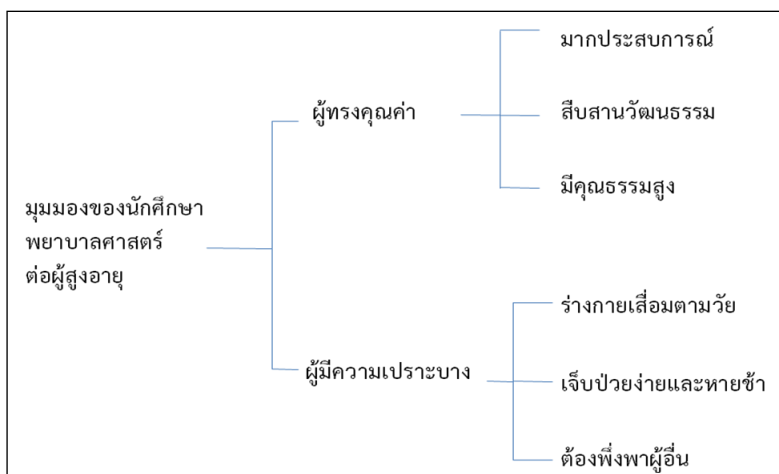
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติเชิงลบของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ต่อผู้สูงอายุ (n = 136 คน)

ทัศนคติเชิงลบ (n=136)	M	SD	แปลผล
1. ไม่กระตือรือร้นในการเข้าสังคม	4.26	.80	ไม่เห็นด้วยระดับมาก
2. มักชี้เหนียวกับการใช้เงิน	4.18	.89	ไม่เห็นด้วยระดับมาก
3. เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก ไม่ทันเทคโนโลยีสมัยใหม่	3.95	1.01	ไม่เห็นด้วยระดับมาก
4. ขอบคืดค้ำและเป็นตัวถ่วงคนอื่น	3.94	1.05	ไม่เห็นด้วยระดับมาก
5. เชื้อมั่นในความคิดของตนเองสูง คิดว่ารู้ทุกสิ่งทุกอย่าง	3.85	1.06	ไม่เห็นด้วยระดับมาก
6. คิดค่อนข้างช้าและคิดอะไรไม่ค่อยจะออก	3.76	.99	ไม่เห็นด้วยระดับมาก
7. ยึดถือตามความเชื่อเดิมๆ น่าเบื่อ	3.72	.98	ไม่เห็นด้วยระดับมาก
8. ควรอยู่ในบ้านพักคนชรา	3.71	1.03	ไม่เห็นด้วยระดับมาก
9. มีความอดทนน้อย ไม่ชอบการรอคอย	3.59	1.01	ไม่เห็นด้วยระดับมาก
10. ชอบตำหนิ ชี้นั่น วิพากษ์วิจารณ์	3.51	1.01	ไม่เห็นด้วยระดับมาก
11. เจ้าระเบียบ เคร่งครัดมากเกินไป	3.43	1.16	ไม่เห็นด้วยระดับมาก
12. ขี้หลงขี้ลืม	3.33	1.15	ไม่เห็นด้วยระดับปานกลาง
รวม	3.77	1.01	ไม่เห็นด้วยระดับมาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาพรวมนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุเชิงลบในระดับไม่ เห็นด้วยมาก ($M = 3.77, SD = 1.01$) โดยมีทัศนคติเชิงลบสูงสุดคือ ผู้สูงอายุไม่กระตือรือร้นในการเข้าสังคม อยู่ ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($M = 4.26, SD = 0.80$) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุมักชี้เหนี่ยวกับการใช้เงิน อยู่ในระดับไม่ เห็นด้วยมาก ($M = 4.18, SD = 0.89$) และผู้สูงอายุเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก ไม่ทันเทคโนโลยีสมัยใหม่อยู่ในระดับไม่ เห็นด้วยมาก ($M = 3.95, SD = 1.01$)

ส่วนที่ 3 มุมมองของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ต่อผู้สูงอายุ

มุมมองของนักศึกษาพยาบาล ได้สะท้อนความหมายของผู้สูงอายุไว้ 2 ประเด็น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดง มุมมองของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ต่อผู้สูงอายุ

1. ผู้ทรงคุณค่า เป็นมุมมองและความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุในเชิงบวก ที่สะท้อนว่าผู้สูงอายุมีการแสดงออก หรือมีความสามารถและมีศักยภาพ โดยมุมมองผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีลักษณะ 3 ประการ คือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ สูง เป็นต้นแบบให้กับลูกหลาน และเป็นผู้มีคุณธรรมสูง

ผู้ที่มีประสบการณ์สูง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้ดำเนินชีวิตมาเป็นช่วงเวลาที่ยาวนาน ผ่านประสบการณ์ ต่างๆ ในชีวิต และสามารถพัฒนาความสามารถและศักยภาพของตนเองในการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อ ผู้อื่นและสังคม โดยมุมมองความหมายในประเด็นนี้ มีตัวอย่างคำพูดที่เป็นข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

“เป็นผู้ที่มีความสามารถ ท่านมีประสบการณ์มาก คอยแนะนำในสิ่งที่ดีและสิ่งที่เป็นประโยชน์ มี ความเชี่ยวชาญในทักษะต่างๆ จึงสามารถถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้” (C107)

ผู้เป็นต้นแบบให้กับลูกหลาน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีรูปแบบการดำเนินชีวิตและปฏิบัติตนเป็นที่ ยอมรับของคนในสังคม และมีการให้คำแนะนำที่ดีเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติตนเป็นพลเมืองที่ดีของสังคม นักศึกษาได้ให้ความหมายในประเด็นนี้ ดังตัวอย่างคำพูดที่เป็นข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

“เป็นผู้ที่เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกหลาน ในเรื่องการดำเนินชีวิต ความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม เช่น การประกอบอาชีพสุจริตเพื่อสร้างรายได้ให้กับครอบครัว ความสามารถในการส่งเสียลูกๆ เรียนหนังสือในระดับสูงได้ ในขณะที่ผู้สูงอายุบางคนไม่ได้เรียนหนังสือเลยด้วยซ้ำ” (C63)

ผู้มีความรู้สูง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีรูปแบบการดำเนินชีวิตและปฏิบัติตนเป็นที่ยอมรับของคนใน สังคม เนื่องจากการผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน ทำให้เข้าใจและมีการให้คำแนะนำที่ดีเกี่ยวกับรูปแบบการ ดำเนินชีวิตและการปฏิบัติตนเป็นพลเมืองที่ดีของสังคม นักศึกษาได้ให้ความหมายในประเด็นนี้ ดังตัวอย่างคำพูดที่ เป็นข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

“เป็นผู้มีจิตใจดี มีเรื่องราวมากมายในชีวิต ผ่านประสบการณ์มาเยอะ สามารถแยกแยะเรื่องดีและไม่ดี ชื่นำความถูกต้องดีงามและเป็นต้นแบบที่ดีให้กับลูกหลาน” (C05)

2. ผู้มีความเปราะบาง เป็นมุมมองความคิดเห็นของนักศึกษาที่ให้ความหมายต่อผู้สูงอายุที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงจากระบบการชราภาพซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นกับคนทุกคนและนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และมีผลต่อความสามารถและข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ความหมายในประเด็นนี้ ประกอบด้วย ร่างกายเสื่อมตามวัย เจ็บป่วยง่ายและหายช้า ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีตัวอย่างคำพูดที่เป็นข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

ร่างกายเสื่อมตามวัย ตามมุมมองของนักศึกษา ได้สะท้อนถึง การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในทางที่เสื่อมถอย อันเป็นผลจากระบบการชราภาพที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกาย และส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ข้อจำกัดต่างๆ เหล่านี้ยิ่งเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวที่ลดลง ดังตัวอย่างคำพูดที่เป็นข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

“เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เป็นช่วงวัยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค อาจเกิดจากความเสื่อมตามวัย เกิดข้อจำกัดต่างๆ เช่น สายตาไม่มองเห็นไม่ชัด หูไม่ค่อยได้ยินชัดเจนเหมือนเดิม การเดินที่ไม่สะดวกทำให้การทรงตัวไม่ดี สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง” (C33)

เจ็บป่วยง่ายและหายช้า นักศึกษาได้สะท้อนมุมมองถึง การเจ็บป่วยที่เป็นผลจากระบบการชราภาพที่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายและระบบกลไกการป้องกันต่างๆ ทำงานได้น้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ไม่ค่อยแข็งแรง มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นคืนสภาพเดิมหลังการเจ็บป่วย มุมมองนี้เกิดจากการเรียนรู้และเข้าใจของนักศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 คำพูดของนักศึกษาที่เป็นข้อมูลสนับสนุน มีดังนี้

“เป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงเหมือนวัยหนุ่มสาว ทำให้เกิดการเจ็บป่วยบ่อยและฟื้นหายจากการเจ็บป่วยได้ยาก ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด” (C127)

ต้องพึ่งพาผู้อื่น มุมมองของนักศึกษาในประเด็นนี้ ได้ระบุถึงข้อจำกัดและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากระบบการชราภาพ และการเผชิญปัญหาสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีวิตมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น คำพูดของนักศึกษาที่เป็นข้อมูลสนับสนุน มีดังนี้

“เป็นวัยที่มีความเสื่อมสมรรถภาพทางด้านร่างกาย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง บางครั้งต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น” (C04)

อภิปรายผลการวิจัย

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุเห็นด้วยในระดับมากที่สุด และทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่านักศึกษามีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องมาจากนักศึกษาทุกคนนับถือศาสนาพุทธซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติไทย จึงเป็นไปได้ว่านักศึกษาถูกปลูกฝังให้เรียนรู้หลักคำสอนของพระพุทธศาสนาโดยเฉพาะหลักของการทำความดี ทั้งด้านร่างกาย วาจาและใจ ที่เน้นเรื่องความกตัญญู เน้นการปฏิบัติต่อคนในสังคมในสถานภาพต่างๆ (กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ, 2553) ซึ่งมีผลต่อความคิดและทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ อีกทั้งนักศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูจากบุพการีสูงอายุในช่วงแรกเกิดจนถึง 12 ปี จึงเกิดสัมพันธ์ภาพและความผูกพันระหว่างนักศึกษาและบุพการีสูงอายุ ซึ่งการเติบโตมาในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกัน การอบรมสั่งสอนภายในครอบครัว เป็นการปลูกฝังวัฒนธรรมและค่านิยมให้รู้จักเคารพ

ผู้สูงอายุ และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในทางที่ดี ประเด็นเหล่านี้มีผลต่อทัศนคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาได้ เนื่องจากทัศนคติเป็นความรู้สึก ความคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง (ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร, 2557) แม้ว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 จะเป็นวัยรุ่นที่อยู่ในยุคของการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและวัฒนธรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างรวดเร็วแต่นักศึกษาส่วนใหญ่มีภูมิสำเนาอยู่นอกเขตเทศบาล จึงเป็นไปได้ว่าวัฒนธรรมทางสังคมของชุมชนพื้นที่ยังมีความสำคัญมากกว่าวิวัฒนาการทางด้านวิทยาการและเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติต่อผู้สูงอายุในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยเอกชนที่พบว่านักศึกษามีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ (กันยพัทธ์ เศรษฐ์โชฎีก, 2558; ญชชา ธรรมการจันทร์, 2561) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาทัศนคติต่อผู้สูงอายุของวัยรุ่นที่พบว่าวัยรุ่นมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ, 2562) โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งจะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ถือเป็นคนรุ่นใหม่ แต่โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนและมีประสบการณ์ได้รับการเลี้ยงดูจากบุพการีสูงอายุจึงถูกปลูกฝังค่านิยม วัฒนธรรมการให้ความเคารพต่อผู้สูงอายุจึงส่งผลให้มีทัศนคติในทางบวกต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาคุณค่าผู้สูงอายุภาพสะท้อนมุมมองจากคนสองวัยพบว่าถ้าเด็กอยู่ในบริบทหรือสภาพแวดล้อมที่ดีกับผู้สูงอายุก็น่าจะมีแนวโน้มในการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ (กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ, 2553)

มุมมองของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ต่อผู้สูงอายุ สะท้อนความหมายใน 2 ประเด็นหลักที่สำคัญ นักศึกษามองว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ทรงคุณค่า โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตและสามารถถ่ายทอดแก่นคนรุ่นหลังได้อีกทั้งการมีประสบการณ์หลากหลายทำให้สามารถแยกแยะความถูกต้องและไม่ถูกต้องและแสดงออกทางพฤติกรรมที่สอดคล้องกับมุมมองได้อย่างเหมาะสม โดยการเป็นตัวอย่งที่ดีต่อคนในสังคม ทั้งนี้มุมมองนี้น่าจะเป็นผลจากการที่นักศึกษาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ได้รับการเลี้ยงดูจากบุพการีสูงอายุในช่วงแรกเกิดจนถึง 12 ปี และบางส่วนอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีบุพการีสูงอายุ วิธีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนชนบทจึงมีผลต่อมุมมองเชิงบวกดังกล่าว สอดคล้องกับผลการศึกษาของสรินทร์ เกรย์และคณะ (2558) ที่พบว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ เป็นผู้เชื่อมต่อสังคมจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ผ่านองค์ความรู้และภูมิปัญญาต่างๆ ให้แก่คนในสังคม ผู้สูงอายุจึงได้รับการยอมรับจากคนในสังคม อีกทั้งการให้ความสำคัญกับความกตัญญูกตเวทีของสังคมไทย การรู้จักทดแทนบุญคุณของบุพการี การให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้คนไทยเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุในฐานะปุษยบุคคล นอกจากนี้มุมมองของนักศึกษาพยาบาลยังสะท้อนถึงการเป็นผู้ที่มีความเปราะบางซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีชีววิทยาผู้สูงอายุ (Biological Theories of Aging) ที่ระบุว่าภาวะของการสูงอายุเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์ ระบบภูมิคุ้มกัน และอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงได้ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ได้และนำไปสู่ภาวะเสื่อมถอยและความเปราะบางทางสุขภาพ (Hooyman & Kiyak, 1999) อีกทั้งจากการเรียนรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของกระบวนการชราภาพจากบทเรียนในรายวิชาและนำไปสู่การเชื่อมโยงความคิดเพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนการรับรู้และความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ที่มีต่อผู้สูงอายุได้ค่อนข้างชัดเจน ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมไทยยังมีความสำคัญในการหล่อหลอมทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นคนรุ่นใหม่ และการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและส่งผลต่อมุมมองที่สะท้อนถึงการยอมรับและเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุอย่างชัดเจน (ทัศนีย์ เกริกกุลธร และคณะ, 2556) อย่างไรก็ตามแม้ว่าภาพรวมของทัศนคติเชิงบวกของนักศึกษาจะอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างมากและทัศนคติเชิงลบของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่เห็นด้วยมาก การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุนับว่ามีความสำคัญเนื่องจากการมีทัศนคติในเชิงบวกจะบ่งบอกถึงความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวข้องกับ

กระบวนการคิด ความรู้สึก และแนวโน้มทางพฤติกรรมของบุคคลที่จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพหรือการแสดงออกที่ดีต่อผู้อื่น บุคคล (เบญจมาศ ยศเสนา, 2559) กล่าวว่าหากนักศึกษายาบาลมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุในระดับเห็นด้วยอย่างมากและมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุในระดับไม่เห็นด้วยอย่างมากย่อมมีพฤติกรรมหรือสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้สูงอายุควรเน้นการเรียนรู้จากในบริบทของสังคมผู้สูงอายุจากสถานการณ์จริง ย่อมจะช่วยพัฒนาทั้งด้านความรู้ ทักษะเชิงปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา อีกทั้งส่งเสริมทัศนคติและมุมมองเชิงบวกต่อผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการร่วมกับกิจกรรมเสริมหลักสูตรในชุมชนหรือกิจกรรมการบริการวิชาการในชุมชน ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ
2. การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบทัศนคติและมุมมองต่อผู้สูงอายุและสมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาแต่ละชั้นปี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุและพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กันยพัชร เศรษฐโชฎีก. (2558). ทัศนคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 13(2), 3-16.
- กาญจนา ตั้งชลทิพย์, ปัทมา ว่าพัฒนวรงค์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, อุไรวรรณ คะนิงสุขเกษม, ภาณี วงษ์เอก และสุรีย์พร พันพิง. (2553). คุณค่าผู้สูงอายุ: ภาพสะท้อนมุมมองจากคนสองวัย. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวริย์ บุญยमानนท์ (บรรณาธิการ), *ประชากรและสังคม: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย*. เอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (หน้า 29-61). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- เฉลิมขวัญ สิงห์วี. (2558). ทัศนคติและพฤติกรรมเอื้อเฟื้อต่อผู้สูงอายุของนิสิตคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 23(2), 55-78.
- เฉลิมพร เยือกเย็น. (2558). การศึกษาระดับความฉลาดของอารมณ์ของนักศึกษาศาสาวิชาการจัดการและคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 4(2), 89-98.
- ณัชชา ตระการจันทร์. (2561). ทัศนคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3, นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก* (หน้า 1213-1221). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- ดุชนิ ยศทอง. (2562). ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลและแนวทางการแก้ไข: การจัดการปัจจัยระดับบุคคล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(38), 134-143.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร, บังอร เผ่าน้อย และปานทิพย์ ปุณณานนท์. (2556). เจตคติและการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(ฉบับพิเศษ), 116-125.

- เบญจมาศ ยศเสนา. (2559). การเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ. *วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน*, 9(1), 1-14.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, กัลยาณี โนนินทร์, เสาวภา เต็ดขาด, วิจิตรา ปัญญาชัย, ศรีแพร เข้มวิชัย, เบญจวรรณ กันยานะ และกรรณิการ์ กาศสมบูรณ์. (2562). ทศนคติต่อผู้สูงอายุของวัยรุ่น. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 9(2), 71-85.
- รศรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และ เรวดี สุวรรณนพเก้า. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตสังคมและสุขภาพ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2557). สมรรถนะสำคัญของผู้บริหารมืออาชีพ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 6(12), 165-183.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร และบรรคม ลีระพันธ์. (2561). *โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care)*. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด.
- Carreiro, S. (2012). Gender differences and perspectives on elderly care in China. *Undergraduate Review*, 8, 145-151.
- Cheung, C. K., Cheung, M. C., & Jik, J. L. (1999). Beliefs about elderly people among social workers and the general public in Hong Kong. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14, 131-152.
- Erickson, H. L. (2007). Philosophy and theory of holism. *Nursing Clinics of North America*, 42(2), 139-164.
- Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (1999). *Social gerontology: a multidisciplinary perspective*. Boston: Allyn & Bacon.
- Knox, D., Kimuna, S., & Zusman, M. (2005). College student views of the elderly: some gender differences. *College Student Journal*, 39(1), 14.
- North, M. S., & Fiske, S. T. (2015). Modern attitudes toward older adults in the aging world: A cross-cultural meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(5), 993-1021.
- Nyumba, T. O, Wilson, K., Derrick, C. J., & Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution*, 9, 20-32. DOI: 10.1111/2041-210X.12860.
- Strugala, M., Talarska, D., & Wysocki, D. (2016). Attitude towards the elderly among nursing students in Poland initial findings. *Journal of gerontology & geriatric research*. Res 5279. doi: 10.4172/2167-7182.1000279.

การเปรียบเทียบการดูแลทางการแพทย์ในผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกิน
สัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน : กรณีศึกษา 2 ราย

เยาวดี อุตรศรี, ป.พ.ส. (การพยาบาล)*

Received : 24 กันยายน 2562

Revised: 5 พฤษภาคม 2563

Accepted: 5 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

ภาวะกรดแลคติกเกินจากการใช้ยาเมทฟอร์มินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้เกิดอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และท้องเสีย เกิดการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เกิดภาวะช็อกมีภาวะติดเชื้อมีภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งอาจพบภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่มีภาวะความรุนแรงน้อยจนถึงความรุนแรงมากและทำให้เสียชีวิตได้ การศึกษาการพยาบาลและการแจ้งเตือนเฝ้าระวังภาวะกรดแลคติกเกิน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้รับการดูแลรวดเร็วส่งผลถึงความปลอดภัย หากมีแนวทางการเฝ้าระวังการดูแลทางการแพทย์ระบบการแจ้งเตือนภาวะกรดแลคติกเกินสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินในรายที่มีความเสี่ยงก็จะได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลอย่างเหมาะสม และสามารถป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

คำสำคัญ : การพยาบาล ภาวะกรดแลคติกเกิน ยาเมทฟอร์มิน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลกาบเชิง; Correspond E-mail: yaowadeeuts@gmail.com

A Comparison of Nursing Care in Patients with Metformin Associated Lactic Acidosis : Case Study 2 Cases

Yaowadee Utarasri, Dip in Nursing Science *

Abstract

The adverse effect of lactic acidosis composes of symptoms associated with the digestive system, which are bored with food, nausea, and diarrhea. Moreover, patients with this condition may have electrolyte imbalance resulting in shock. Some cases may be having an infection and renal failure. Some cases may be developed mild adverse effects, while others may be severe. Effectiveness of nursing care with fast response can prevent these severities. The development of nursing care procedure; especially, for warning signs of lactic acidosis that associate with metformin is significant for nurses in providing nursing care with optimal goals in preventing severe adverse effects.

Keywords: nursing care, lactic acidosis, metformin

* Professional nurse Nursing work group Kabchoeng Hospital; Correspond E-mail: yaowadeeuts@gmail.com

บทนำ

ภาวะ metformin associated metabolic Lactate acidosis (MALA) หมายถึง ภาวะที่มีกรดแลคติก (lactic acid) สูงในกระแสเลือด ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยา metformin มากกว่า 5 µg/mL ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของร่างกาย ได้แก่ อาการ ท้องเสีย มีภาวะขาดน้ำ กินได้น้อย อาการเริ่มตั้งแต่ ปวดท้อง ท้องเสีย อาเจียน คลื่นไส้ จนถึงหอบเหนื่อย ชีพจรผิดปกติ หรืออาจรุนแรงจนเกิดความดันโลหิตต่ำและเสียชีวิตได้ การวินิจฉัยโรค มักพบค่า $\text{HCO}_3^- < 10 \text{ mmol/L}$ $\text{pH} < 7.0$ BUN/Cr เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความดันโลหิตไม่คงที่ และมักต้องการการล้างไต เพราะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะช่วยแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดพร้อมทั้งสามารถกำจัดยา metformin ออกจากร่างกายได้ มีบางรายงานใช้วิธีฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องด้วยวิธี Continuous Venovenous Highflow hemofiltration dialysis การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การพยาบาลภาวะช็อก การพยาบาลภาวะติดเชื้อ การพยาบาลภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดและภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การพยาบาลภาวะไตวายเฉียบพลัน และการพยาบาลภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย

โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทฟอร์มินช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงมีนาคม 2562 จำนวน 771 ราย มีรายงานผู้เกิดภาวะ Metformin-associated lactic acidosis จำนวน 4 ราย อย่างไรก็ตาม พบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 3 ราย คิดเป็นอัตราตายสูงถึงร้อยละ 75 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกิ สัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน โดยใช้กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ที่มีประเด็นความเจ็บป่วยจากการใช้ยา metformin ในภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน ปัญหาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนากระบวนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทั้งระบบ การมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเข้าถึงบริการรวดเร็ว ปลอดภัย บทความนี้นำเสนอการศึกษารายกรณีผู้ป่วยจำนวน 2 รายแบบเจาะจง โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย คัดเลือกจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะกรดแลคติกเกิ สัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 12 พฤศจิกายน 2561 ถึง 10 มีนาคม 2562

การใช้ยาเมทฟอร์มิน (metformin) ในผู้ป่วยเบาหวาน

เมทฟอร์มิน (metformin) เป็นยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานกลุ่ม biguanide ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยการลดการสร้างกลูโคสจากตับ และเพิ่มการใช้น้ำตาลของเนื้อเยื่อของร่างกายจากอิทธิพลของอินซูลิน ผลข้างเคียงที่สำคัญจากการใช้ยา ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และท้องเสีย และภาวะน้ำตาลต่ำน้อย อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คือ Metformin-associated lactic acidosis : MALA (รจนาจักรเมธากุล, 2561)

ภาวะกรดแลคติกในเลือดสูงจากการได้รับยาเมทฟอร์มิน

Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) คือ ภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรงมักสัมพันธ์กับการใช้ยา metformin ซึ่งกลไกการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด เชื่อว่าเกิดจาก metformin ไปยับยั้ง hepatic gluconeogenesis จากสาร lactate, pyruvate และ alanine รวมทั้งยับยั้งการทำงานของ enzyme pyruvate carboxylase ที่ทำหน้าที่ในการสร้างกลูโคสจากสาร lactate จึงทำให้เกิดการคั่งของสาร lactate ในกระแสเลือด (Viollet, et al., 2012) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิด MALA ได้แก่ การทำงานของไตที่ลดลง โรคตับ โรคพิษสุราเรื้อรัง และภาวะเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อในร่างกายลดลง (decrease tissue perfusion) จากภาวะติดเชื้อ

ภาวะหัวใจวาย (Emslie-Smith, Boyle, Evans, & Sullivan, 2001) ส่วนกลไกอื่นที่พบได้ เช่น metformin ไปรบกวนการทำงานของ mitochondria ส่งผลทำให้ยับยั้งการสร้างน้ำตาลจากตับ แต่ในขณะเดียวกันการรบกวนนี้จะทำให้มี lactate เพิ่มขึ้น จากการใช้พลังงานแบบ anaerobic metabolism (DeFronzo, Fleming, Chen, & Bicsak, 2016) และจะเปลี่ยนกลูโคสเป็นสาร lactate ในบริเวณหลอดเลือด splanchnic ของลำไส้เล็ก (ประทุมสร้อยวงศ์, 2560) อาการทั่วไปของภาวะ lactic acidosis ไม่มีลักษณะเฉพาะ อาจมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดท้อง บางทีทำให้มีอาการแข็งขี้ม หายใจหอบหรือความดันโลหิตต่ำได้ (Sirtori, & Pasik, 1994) โดยทั่วไปวินิจฉัยจากประวัติการได้รับยา metformin ร่วมกับมีภาวะ metabolic acidosis (arterial pH 5.0 mmol/L) นอกจากนี้ ถ้าสามารถตรวจระดับยา metformin ในเลือดได้ และมีค่ามากกว่า 5 µg/mL จะช่วยสนับสนุนว่า metformin เป็นสาเหตุทำให้เกิด MALA (Bristol-Myers Squibb Company, 2009) นอกจากนี้มีภาวะอื่นที่ควรวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่ ภาวะ lactic acidosis จากสาเหตุที่ทำให้ระดับ plasma lactate สูง เช่นเดียวกัน แต่ไม่มีประวัติการได้รับยา metformin มาก่อน และภาวะ ketoacidosis ซึ่งจะตรวจพบ serum ketone ให้ผลบวก ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยา metformin มักมาพบแพทย์ด้วยอาการท้องเสีย มีภาวะขาดน้ำ กินได้น้อย อาการเริ่มตั้งแต่ ปวดท้อง ท้องเสีย อาเจียน คลื่นไส้ จนถึงหอบเหนื่อย ซึม หดสติหรืออาจรุนแรงจนเกิดความดันโลหิตต่ำและเสียชีวิตได้ (พัทริยา โภคะกุล, 2559)

การวินิจฉัยภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA)

การวินิจฉัยภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) ควรพิจารณาในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับ metformin ที่มีภาวะขาดน้ำนำมาก่อน มาด้วยอาการปวดท้อง ท้องเสีย อาเจียน หอบลึก ซึม มักพบค่า $\text{HCO}_3^- < 10 \text{ mmol/L}$ pH < 7.0 BUN/Cr เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความดันโลหิตไม่คงที่ และมักต้องการการล้างไตเพราะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะช่วยแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดพร้อมทั้งสามารถกำจัดยา metformin ออกจากร่างกายได้ มีบางรายงานใช้วิธีฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องด้วยวิธี Continuous Venovenous Highflow hemofiltration dialysis ก็มีประสิทธิผลที่สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ (Choi, 2004) ดังนั้นการส่งต่อที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ทำให้การรักษารวมถึงการล้างไตได้รวดเร็ว ส่งผลให้แก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดได้รวดเร็ว นำไปสู่การลดโอกาสเสียชีวิตลงได้ (พัทริยา โภคะกุล, 2559)

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกิน

1. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินที่มีภาวะช็อก ซึ่งเป็นผลมาจากการเสียสมดุลของระบบไหลเวียน ซึ่งจะเกิดจากอาการถ่ายเหลว อาเจียน ความรุนแรงก็ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย หลักการดูแลผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินที่มีภาวะช็อก คือ การรักษาสมดุลของระบบไหลเวียนให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้ออกซิเจนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การจัดให้ผู้ป่วยนอนราบเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจเพื่อให้ระบบไหลเวียนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ (กมลรัตน์ ทองปลั่ง, 2561) การบันทึกระดับความรู้สึกตัวเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การให้ยาและสารน้ำตามแนวทางการรักษาเพื่อให้ระบบไหลเวียนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ การสังเกตและบันทึกปริมาณปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะระบบไหลเวียน การวัดสัญญาณชีพและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554) พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการดูแลในระยะช็อกมากที่สุดเพราะเป็นระยะวิกฤติของผู้ป่วย หากให้การพยาบาลถูกต้องตามหลักการแล้วผู้ป่วยก็สามารถฟื้นหายได้เร็วขึ้น (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554)

2. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินที่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้มากที่สุดในการป่วยโรคเบาหวาน กรณีผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินเกิดขึ้นในระบบทางเดินอาหารเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยจะมาด้วยอาการถ่ายเหลว อาเจียน ไข้ อ่อนเพลีย ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย (เพียงเพ็ญ เดชพร,

2562) ได้แก่ การให้การพยาบาลด้วยหลัก Aseptic technique ดูแลสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้สะอาด และล้างมือ ก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะและ สารน้ำทางหลอดเลือดดำถูกต้องครบถ้วนตามแนวการรักษา ติดตามบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชั่วโมง ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อทราบความก้าวหน้าของภาวะการติดเชื้อ พยาบาลหากให้การ พยาบาลในภาวะที่มีภาวะติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ ก็จะสามารถลดการติดเชื้อเพิ่มและลดความรุนแรงจาก ภาวะการติดเชื้อในร่างกายได้ (ชลธิรา เรียงคำ, 2559)

3. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นภาวะที่ เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี อาจเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย (เพียงเพ็ญ เดชพร, 2562) เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่ถูกต้องและขาดการออกกำลังกาย แต่เมื่อ มารับการรักษาที่โรงพยาบาล พยาบาลจะมีบทบาทในการช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาตามแนวทางการรักษาของ แพทย์ และป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในกรณีเกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากภาวะ DKA (Diabetic Ketoacidosis) (ชลธิรา เรียงคำ, 2559) การพยาบาลที่สำคัญคือการสังเกตอาการของภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะค่าน้ำตาลในเลือด หากพบภาวะน้ำตาล ในเลือดสูงพยาบาลก็ต้องให้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ ตรวจน้ำตาลในเลือด เพื่อ ทราบถึงความเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด ดูแลให้ได้รับแคลเซียมทางหลอดเลือดดำ ดูแลการได้รับ NaHCO_3 ทางหลอดเลือดดำ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) และการให้สุศึกษาในด้านการปฏิบัติ ตัวไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดตามมา (ชลธิรา เรียงคำ, 2559)

4. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินที่มีภาวะเลือดเป็นกรดและภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์ ภาวะเลือดเป็นกรดและภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาการที่ พบบ่อย คือ อาเจียนมาก ขาดน้ำ หายใจลึกเร็ว สับสนและหมดสติ (อัจฉริยา พ่วงแก้ว, 2559) การรักษาที่สำคัญ ที่สุดคือการให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ (เพียงเพ็ญ เดชพร, 2562) ซึ่งการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกิน ที่มีภาวะเลือดเป็นกรดและภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ ประเมินติดตามการเปลี่ยนแปลง ของสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย อาการผิดปกติอื่นๆ ติดตามการเปลี่ยนแปลง คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อทราบถึงอาการผิดปกติจากค่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำตามแนวการรักษา บันทึกละการน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงระดับอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เพื่อประเมินความ ผิดปกติระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือด (อัจฉริยา พ่วงแก้ว, 2559) ตรวจน้ำตาลในเลือด เพื่อทราบถึงความ เปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด ดูแลให้ได้รับแคลเซียมทางหลอดเลือดดำ ดูแลการได้รับ NaHCO_3 ทางหลอดเลือดดำ และ 50% glucose ผสมอินซูลิน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) และดูแลการได้รับ Calcium polystyrene sulfonate เพื่อขับกรณที่มีระดับโซเดียมในเลือดสูง (ภาณุพงศ์ รักษาวงศ์, 2562)

5. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะไตวายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการทำงานของไตทำงานมากกว่าปกติ ภาวะไตวายเฉียบพลันนั้นเป็นภาวะที่ไต ทำงานผิดปกติจากระบบไหลเวียนล้มเหลวหรือเกิดจากภาวะช็อก (อัจฉริยา พ่วงแก้ว, 2559) การรักษาที่สำคัญคือ การได้รับสารน้ำเพื่อให้ระบบไหลเวียนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำตามแนวการ รักษา เพื่อรักษาสมาดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และบันทึกการน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินสมดุ ลน้ำในร่างกาย และหากอาการในภาวะช็อกฟื้นหายแล้ว การดูแลรักษาในภาวะไตวาย จะต้องมีการติดตามค่าการ ทำงานของไต หากพบว่าไตสูญเสียหน้าที่แล้วแพทย์ก็จะพิจารณาการรักษาที่เฉพาะเจาะจงต่อไป (เพียงเพ็ญ เดชพร, 2562)

6. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินที่วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่เกิดขึ้นขณะกำลังเผชิญวิกฤติของตนเองหรือครอบครัว (จารุณี อินทฤทธิ์, 2556) พยาบาลต้องมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและญาติให้คลายความวิตกกังวล ซึ่งกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ กระตุ้นการพูดคุยระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อทราบถึงสิ่งที่กังวลและสิ่งที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย อธิบายเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา และให้กำลังใจเป็นที่ปรึกษา ตอบข้อสงสัยต่างๆ (ชลธิรา เรียงคำ, 2559)

กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ รับไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 12 พฤศจิกายน 2561 ถึงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2561

อาการสำคัญ : ปวดท้อง อาเจียนมากกว่า 10 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 วันก่อนมาให้ประวัติว่ากินอาหารงานศพหลายอย่าง 4 ชั่วโมงก่อนมาปวดท้อง อาเจียนมากกว่า 10 ครั้ง ถ่ายเหลวมากกว่า 10 ครั้ง ปวดบิดมวนท้องบริเวณสะดือ เหนื่อยเพลีย หายใจหอบเหนื่อย จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มา 7 ปี ได้รับการรักษาต่อเนื่องและรับประทานยาสม่ำเสมอ ชอบดื่มเหล้าเป็นประจำ มีารับประทานเป็นประจำ ได้แก่ (1) Metformin 500 mg. 2 tabs. Oral pc. (2) Glipizide 5 mg. 2-0-1 tab Oral ac. (3) Losartan 50 mg. 1 tab OD. (4) Aspirin F/C 81 mg. 1 tab OD. และ (5) Simvastatin 20 mg. 1 tab oral OD. HS.

อาการแรกรับ : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยเพลียมาก หายใจเหนื่อยหอบ BP 80/50 mmHg. PR 100 ครั้ง/นาที

การตรวจร่างกาย : หญิงไทยวัยสูงอายุ รูปร่างท้วม ผิวแห้งริมฝีปากแห้ง เหนื่อยเพลียมาก หายใจเหนื่อยหอบ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 °C อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 mmHg.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ : DTX 242 mg%

CBC: WBC 17,890 cells/cu.mm., Hct. 34%, Lymphocyte 13%, Neutrophil 78%

Electrolyte: Potassium 6.9 mg%, Total CO₂ 3 mmol/L (13/11/61)

BUN 62 mg%, Cr. 8.8 mg% (13/11/61)

BUN 9 mg%, Cr. 0.9 mg% (16/1/61)

BUN 15 mg%, Cr. 1.0 mg% (26/10/61)

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST depress at V1+V2

Serum Troponin - T 158 ng./L. (13 พ.ย.61)

แผนการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อก

ข้อมูลสนับสนุน

S: ถ่ายเหลวมากกว่า 10 ครั้ง อาเจียนมากกว่า 10 ครั้ง

O: สัญญาณชีพ BP 88/50 mmHg RR 30 ครั้ง/นาที PR 100 ครั้ง/นาที

: เหนื่อยเพลียมาก หายใจเหนื่อยหอบ O₂Sat. 99% DTX 221 mg%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตสูงกว่า 90/60 mmHg. Pulse Pressure > 20 mmHg. อัตราการหายใจไม่เกิน 20 ครั้ง/นาที O₂sat ไม่ต่ำกว่า 95%
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มล./ชม.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ออกซิเจนทาง Nasal cannula ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึกๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
2. บันทึกระดับความรู้สึกตัว เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที
3. ให้อาหารและสารน้ำตามแนวทางการรักษาและจัดให้ผู้ปวยนอนราบเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจ เพื่อให้ระบบไหลเวียนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ (กมลรัตน์ ทองปลั่ง, 2561)
4. สังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง หากปัสสาวะน้อยกว่า 30 มล./ชม. รายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อประเมินภาวะระบบไหลเวียนและได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที
5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที และบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เพื่อประเมินภาวะระบบไหลเวียนและได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที

ผลการพยาบาล

หลังให้อาหารและสารน้ำ loading ครบตามแนวทางการรักษา 2,000 ml. สัญญาณชีพ BP 100/60 mmHg. RR 20 ครั้ง/นาที PR 92 ครั้ง/นาที O₂ sat 99% ยังเหนื่อยเพลียมาก DTX 232-242 mg%

แผนการพยาบาลที่ 2 มีการติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ถ่ายเหลวมากกว่า 10 ครั้ง อาเจียนมากกว่า 10 ครั้ง
- O: สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.2 °C, BP 85/50 mmHg. หายใจ 35 ครั้ง/นาที, PR 80 ครั้ง/นาที เหนื่อยเพลียมาก
- : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 17,890 cells/cu.mm Neutrophil 78%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิกายต่ำกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC น้อยกว่า 10,000 cells/cu.mm Neutrophil น้อยกว่า 70%

กิจกรรมการพยาบาล

1. การให้การพยาบาลด้วยหลัก Aseptic technique ดูแลสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้สะอาด และล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วย
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะและสารน้ำทางหลอดเลือดดำถูกต้องครบถ้วนตามแนวทางการรักษา เพื่อบรรเทาการติดเชื้อในร่างกายจากการออกฤทธิ์ของยาปฏิชีวนะ
3. ติดตามบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะการติดเชื้อ
4. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อทราบความก้าวหน้าของภาวะการติดเชื้อ

ผลการพยาบาล

ได้รับยาและสารน้ำครบถ้วนตามแนวการรักษา สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 °C ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 mmHg. O₂sat 99%

แผนการพยาบาลที่ 3 มีภาวะเลือดเป็นกรด มีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ มีภาวะไตวายเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและได้รับยา Metformin มา 7 ปี
: ถ่ายเหลวมากกว่า 10 ครั้ง อาเจียนมากกว่า 10 ครั้ง
O: ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจหอบลึก 30 ครั้ง/นาที BP 90/60 mmHg O₂sat 99%
: กระสับกระส่าย
: ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST depress at V1+V2 (13 พ.ย.61)
: ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 62 mg% Cr. 8.8 mg% Potassium 6.9 mEq./L
Sodium 131 mEq/L (13 พ.ย.61) Total CO₂ 3 mmol/L
: ปัสสาวะไม่ออก ผิวแห้งริมฝีปากแห้ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อป้องกันอันตรายภาวะเลือดเป็นกรด
2. เพื่อป้องกันอันตรายจากสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
3. เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะไตวายเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการซึมหรือกระสับกระส่าย
2. มีอาการบวม ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มล./ชม.
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า BUN 10 - 20 mg%, Cr 0.5 - 1.1 mg/dL
4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolytes : Sodium 136 - 145 mEq/L, Potassium 3.5 - 5.0 mEq/L, Chloride 90 - 106 mEq/L, CO₂ 23 - 30 mEq/L.
5. ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย อาการผิดปกติอื่นๆ รายงานแพทย์ถ้าพบสิ่งผิดปกติ เพื่อให้การดูแลแก้ไขได้อย่างทันที่
2. ติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อทราบถึงอาการผิดปกติจากค่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
3. ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำตามแนวการรักษา เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
4. บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินสมดุลน้ำในร่างกาย
5. ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงระดับอิเล็กโทรไลต์ เพื่อประเมินความผิดปกติระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือด
6. ตรวจน้ำตาลในเลือด เพื่อทราบถึงความเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด
7. ดูแลให้ได้รับแคลเซียมทางหลอดเลือดดำ ดูแลการได้รับ NaHCO₃ ทางหลอดเลือดดำ และ 50% glucose ผสมอินซูลิน เพื่อให้เลือดอยู่ในภาวะปกติ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)
8. ดูแลการได้รับ Calcium polystyrene sulfonate เพื่อรักษาภาวะไตเสื่อมและช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย (ภาณุพงศ์ รักษาวงศ์, 2562)

ผลการพยาบาล

ขณะเตรียมส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ผู้ป่วยมีภาวะกระสับกระส่าย เจ็บกลางหน้าอก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST depress at V1+V2 Troponin-T 158 ng/L DTX 334 mg% และต่อมาคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่ได้ EKG: Pulseless Electrical Activity หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

แผนการพยาบาลที่ 4 มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

O: คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่ได้

: EKG: Pulseless Electrical Activity

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้หัวใจทำงานได้ปกติ
2. เพื่อให้ระบบไหลเวียนเลือดทำงานปกติ

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที
2. ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ

1. ปฏิบัติการเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพตามแนวทางการปฏิบัติ AHA ACLS 2019 (Panchal, et. al, 2019) เพื่อช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดทำงานปกติ
2. ช่วยแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) เพื่อเปิดทางให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การใส่ท่อช่วยหายใจทำให้สามารถช่วยหายใจผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (เบญจวรรณ อยู่สำราญ และธิดา เอื้อกฤดาภิการ, 2555)
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทาง Endotracheal tube ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
4. บริหารยาและสารน้ำตามแนวทางการรักษาในการช่วยฟื้นคืนชีพ (Panchal, et. al, 2019)
5. ประเมินและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ, O₂sat และระดับความรู้สึกตัว เพื่อทราบถึง การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ, O₂sat และระดับความรู้สึกตัวและสามารถดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที
6. ติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อทราบถึง การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นระยะ และสามารถดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อทราบถึงความผิดปกติจากปัจจัยอื่นๆ
8. เตรียมความพร้อมเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ ประสานโรงพยาบาลปลายทาง
9. เตรียมความพร้อมผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือที่ต้องใช้ระหว่างส่งต่อยาและสารน้ำต่างๆ ติดตามอาการดูแลอย่างต่อเนื่อง (กองการพยาบาล, 2562)
10. คาดคะเนภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นและเตรียมความพร้อมป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย (กองการพยาบาล, 2562)

ผลการพยาบาล

สามารถช่วยฟื้นคืนชีพสำเร็จ สัญญาณชีพ อุนหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 mmHg ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อถึงโรงพยาบาลศูนย์ได้รับการดูแลระหว่างส่งต่อถึงโรงพยาบาลศูนย์และได้รับการดูแลรักษาต่อ ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ อาการไม่ดีขึ้นมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะช็อกและเสียชีวิต

แผนการพยาบาลที่ 5 ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติพยายามสอบถามติดตามอาการเป็นระยะๆ ญาติต้องการอยู่ใกล้ผู้ป่วยตลอดเวลา

O: ญาติแสดงสีหน้าท่าทางวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ญาติทราบถึงสภาวะการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

1. ญาติมีสีหน้าสดชื่น คลายวิตกกังวลลง
2. ญาติเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา ซักถามน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. กระตุ้นการพูดคุยระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อทราบถึงสิ่งที่กังวลและสิ่งที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย
2. อธิบายเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา
3. ให้กำลังใจเป็นที่ปรึกษา ตอบข้อสงสัย
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะทางการส่งต่อ และนำส่งผู้ป่วยประสานงานอำนวยความสะดวก ณ สถานบริการปลายทางโรงพยาบาลศูนย์ ให้ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล

ผลการพยาบาล

ญาติคลายวิตกกังวลลง เข้าใจสภาวะการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ รับไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 9 มีนาคม 2562 ถึงวันที่ 10 มีนาคม 2562

อาการสำคัญ : ปวดท้อง อาเจียน 2 ครั้ง ถ่ายเหลว 2 ครั้ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 2 ชั่วโมงก่อนมา ปวดท้อง อาเจียน 2 ครั้ง ถ่ายเหลว 2 ครั้ง เหนื่อยเพลีย

ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 7 ปี โรคตับอักเสบ เป็นมา 9 ปี และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นมา 6 ปี รักษาต่อเนื่องและรับประทานยาสม่ำเสมอ มีารับประทานเป็นประจำ ได้แก่ (1) Metformin 500 mg. 2 tabs. Oral bid pc. (2) Glipizide 5 mg. 2-0-1 tab Oral bid ac. (3) Enalapril 5 mg. 1 tab Oral bid pc. (4) Aspirin F/C 81 mg. 1 tab Oral OD. (5) Simvastatin 20 mg. 1 tab oral OD. HS. (6) Folic acid 5 mg. 1 tab Oral OD. และ (7) Vitamin B complex 1 tab Oral bid pc.

อาการแรกเริ่ม : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยเพลีย

การตรวจร่างกาย : ผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุ น้ำหนัก 43 กิโลกรัม ผิวดำแดง ริมฝีปากแห้ง

สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.5 °C ชีพจร 58 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 mmHg.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ : DTX 266 mg%

CBC: Hematocrit 24%, WBC 9,010 cell/cumm. Neutrophil 89%, Lymphocyte 8%

BUN 44 mg%, Creatinine 2.0 mg%

Electrolyte: Potassium 7.2 mEq/L, Total CO₂ 16 mmol/L

Liver Function Test: Direct Bilirubin 0.6 mg%, AST (SGOT) 106 U/L, ALT (SGPT) 85 U/L,
Alkaline Phosphatase 38 U/L

EKG: sinus bradycardia prolonged QT interval normal QRS complex

แผนการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 2

แผนการพยาบาลที่ 1 มีภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ปวดท้อง อาเจียน 2 ครั้ง ถ่ายเหลว 2 ครั้ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง มีอาการเหนื่อยเพลีย

O: ตรวจวัดสัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.5 °C ชีพจร 58 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 90/60 mmHg. O₂sat 99%

: ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ: sinus bradycardia prolonged QT interval normal QRS Complex

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ O₂ sat 95-100% ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการซึมหรือกระสับกระส่าย
2. ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา เพื่อให้ระบบไหลเวียนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ตรวจสอบบันทึกสัญญาณชีพ, O₂ sat และระดับความรู้สึกตัว เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที
3. ตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ

ผลการพยาบาล

หลังให้ยาและสารน้ำครบตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยออกตัวเย็น ผู้ป่วยบอกเหนื่อยเพลีย อุณหภูมิ 36.5 °C PR 80 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที BP 110/70 mmHg DTX 278 mg% ความเข้มข้นออกซิเจนในกระแสเลือด 99% รายงานแพทย์ให้ยาแก้ อาเจียน หลังจากนั้นผู้ป่วยพักได้ EKG : sinus bradycardia normal QRS complex

แผนการพยาบาลที่ 2 มีภาวะช็อก มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

O: สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 °C, PR 40 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที,

ความดันโลหิต 80/50 mmHg

: เหนื่อยออก ตัวเย็น

: DTX 266, 278 mg% (9 มี.ค.62), DTX 319 mg% (10 มี.ค.62)

: Urine ใน 8 ชั่วโมงออก 50 ml. สีเข้ม

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะช็อก
2. เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตสูงกว่า 90/60 mmHg. Pulse Pressure > 20 mmHg. อัตราการหายใจไม่เกิน 20 ครั้ง/นาที O₂sat ไม่ต่ำกว่า 95%
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มล./ชม.
4. ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ
5. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า DTX น้อยกว่า 300 mg% (ชลธิรา เรียงคำ, 2559)
6. ไม่มีอาการแสดงของภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย กระหายน้ำ หายใจมีกลิ่นเปรี้ยว และหมดสติ (สารัช สุทธโยธิน, 2555)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ออกซิเจนทาง Nasal cannula ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึกๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
2. จัดให้ผู้ปวยนอนราบเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจ เพื่อให้ระบบไหลเวียนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ (กมลรัตน์ ทองปลั่ง, 2561)
3. บันทึกระดับความรู้สึกตัว เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที
4. ให้อาหารและสารน้ำตามแนวทางการรักษาเพื่อให้ระบบไหลเวียนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง หากปัสสาวะน้อยกว่า 30 มล./ชม. รายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อประเมินภาวะระบบไหลเวียนและได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที
5. ประเมินสัญญาณชีพและ O₂sat ทุก 15-30 นาที และบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและ O₂sat เพื่อประเมินภาวะระบบไหลเวียนและได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที
6. สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงและให้การดูแลอย่างทันท่วงที
7. สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย กระหายน้ำ หายใจมีกลิ่นเปรี้ยว และหมดสติ (สารัช สุทธโยธิน และปริญญ์ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555)
8. ติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินการทำงานหัวใจ
9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะค่า DTX

ผลการพยาบาล

หลัง loading สารน้ำครบ 1,000 ml. PR 40 ครั้ง/นาที RR 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 mmHg. ถ่ายาลดลง ยังอาเจียน 1 ครั้ง เหนื่อยเพลีย DTX 286 mg% ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์

แผนการพยาบาลที่ 3 มีภาวะเลือดเป็นกรด มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ มีภาวะไตวายเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและได้รับยา Metformin มา 7 ปี

: ถ่ายาลดลงมากกว่า 2 ครั้ง อาเจียนมากกว่า 2 ครั้ง

O: อุณหภูมิร่างกาย 36.3 °C PR 40 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 mmHg O₂sat 96%

: กระสับกระส่าย

: ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 44 mg% Cr. 2.0 mg% Potassium 7.2 mEq/L
Total CO₂ 16 mmol/L (10 มี.ค.62)

: Urine ออกใน 8 ชั่วโมงออก 50 ml สีเข้ม (10 มี.ค.62)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อป้องกันอันตรายภาวะเลือดเป็นกรด
2. เพื่อป้องกันอันตรายจากสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
3. เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะไตวายเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการซึมหรือกระสับกระส่าย
2. มีอาการบวม ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มล./ชม.
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า BUN 10 - 20 mg%, Cr 0.5 - 1.1 mg/dL
4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolytes : Sodium 136 - 145 mEq/L, Potassium 3.5 - 5.0 mEq/L, Chloride 90 - 106 mEq/L, CO₂ 23 - 30 mEq/L.
5. ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย อาการผิดปกติอื่นๆ รายงานแพทย์ถ้าพบสิ่งผิดปกติ เพื่อให้การดูแลแก้ไขได้อย่างทันที่
2. ติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อทราบถึงอาการผิดปกติจากค่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
3. ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำตามแนวการรักษา เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
4. บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินสมดุลน้ำในร่างกาย
5. ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงระดับอิเล็กโทรไลต์ เพื่อประเมินความผิดปกติระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือด
6. ตรวจน้ำตาลในเลือด เพื่อทราบถึงความเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด
7. ดูแลให้ได้รับแคลเซียมทางหลอดเลือดดำ ดูแลการได้รับ NaHCO₃ ทางหลอดเลือดดำ และ 50% glucose ผสมอินซูลิน เพื่อให้เลือดอยู่ในภาวะปกติ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)
8. ดูแลการได้รับ Calcium polystyrene sulfonate เพื่อรักษาภาวะไตเสื่อมและช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย (ภาณุพงศ์ รักษาวงศ์, 2562)

ผลการพยาบาล

สัญญาณชีพ PR 38 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 mmHg เตรียมส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลระหว่างส่งต่อถึงโรงพยาบาลศูนย์

แผนการพยาบาลที่ 4 ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ญาติพยายามสอบถามติดตามอาการเป็นระยะๆ ญาติต้องการอยู่ใกล้ผู้ป่วยตลอดเวลา
O: ญาติแสดงสีหน้าท่าทางวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ญาติทราบถึงสภาวะการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

1. ญาติมีสีหน้าสดชื่น คลายวิตกกังวลลง
2. ญาติเข้าใจเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา ซักถามน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. กระตุ้นการพูดคุยระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อทราบถึงสิ่งที่กังวลและสิ่งที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วย
2. อธิบายเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา
3. ให้กำลังใจเป็นที่ปรึกษา ตอบข้อสงสัย
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะทางการส่งต่อ และนำส่งผู้ป่วยประสานงานอำนวยความสะดวก ณ สถานบริการปลายทางโรงพยาบาลศูนย์ ให้ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล

ผลการพยาบาล

ญาติคลายวิตกกังวลลง เข้าใจสถานะการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา

ตาราง 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลเบื้องต้น ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี ภูมิลำเนาอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มาด้วยอาการสำคัญ คือ ปวดท้อง อาเจียนมากกว่า 10 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง รับไว้ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 12 พฤศจิกายน 2561 ถึงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2561 ประวัติการมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มา 7 ปี รับการรักษาต่อเนื่องและรับประทานยาสม่ำเสมอ ชอบดื่มเหล้าเป็นประจำ มียารับประทานเป็นประจำ ได้แก่ 1. Metformin 500 mg. 2 tabs. Oral pc. 2. Glipizide 5 mg. 2-0-1 tab Oral ac. 3. Losartan 50 mg. 1 tab OD. 4. Aspirin F/C 81 mg. 1 tab OD. 5. Simvastatin 20 mg. 1 tab oral OD. HS.	ข้อมูลเบื้องต้น ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี ภูมิลำเนาอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มาด้วยอาการสำคัญ คือ ปวดท้อง อาเจียน 2 ครั้ง ถ่ายเหลว 2 ครั้ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง รับไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 9 มีนาคม 2562 ถึงวันที่ 10 มีนาคม 2562 เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 7 ปี โรคตับอักเสบ เป็นมา 9 ปี และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นมา 6 ปี รักษาต่อเนื่องและรับประทานยาสม่ำเสมอ มียารับประทานเป็นประจำ ได้แก่ 1. Metformin 500 mg. 2 tabs. Oral bid pc. 2. Glipizide 5 mg. 2-0-1 tab Oral bid ac. 3. Enalapril 5 mg. 1 tab Oral bid pc. 4. Aspirin F/C 81 mg. 1 tab Oral OD. 5. Simvastatin 20 mg. 1 tab oral OD. HS. 6. Folic acid 5 mg. 1 tab Oral OD. 7. Vitamin B complex 1 tab Oral bid pc.

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาลที่ได้รับ ขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการพยาบาลตามปัญหาทางการพยาบาลดังต่อไปนี้ 1) มีภาวะช็อก 2) มีการติดเชื้อในร่างกาย มีภาวะเลือดเป็นกรด 3) มีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 4) มีภาวะไตวายเฉียบพลัน 5) มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และ 6) ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย ผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและดูแลให้การพยาบาล และได้ส่งต่อถึงโรงพยาบาลศูนย์เพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์อาการไม่ดีขึ้นมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะช็อกและเสียชีวิต	การพยาบาลที่ได้รับ ขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการพยาบาลตามปัญหาทางการพยาบาลดังต่อไปนี้ 1) มีภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ 2) มีภาวะช็อก 3) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 4) มีภาวะเลือดเป็นกรด 5) มีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 6) มีภาวะไตวายเฉียบพลัน และ 7) ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย ผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและดูแลให้การพยาบาล และได้ส่งต่อถึงโรงพยาบาลศูนย์เพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์อาการดีขึ้น และส่งตัวกลับรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนต่อ อาการดีขึ้น แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้
การแจ้งเตือนเฝ้าระวังการใช้เมทฟอร์มินในระบบ Hosxp Version 4.0 กรณีศึกษารายนี้ไม่ได้การแจ้งเตือนเฝ้าระวังการใช้เมทฟอร์มินในระบบ Hosxp Version 4.0 ของโรงพยาบาลกาบเชิง จึงมีการทบทวนและคิดค้นระบบการแจ้งเตือนเฝ้าระวังการใช้เมทฟอร์มินในระบบ Hosxp Version 4.0 ในผู้ป่วยมารับบริการของโรงพยาบาลกาบเชิง ระบบจะแจ้งเตือนว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาเมทฟอร์มิน ทำให้พยาบาลได้กระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดและให้สังเกตอาการผิดปกติที่จะนำไปสู่ภาวะกรดแลคติกเกิน ซึ่งจะเกิดความเสี่ยงของโรคต่อไป	การแจ้งเตือนเฝ้าระวังการใช้เมทฟอร์มินในระบบ Hosxp Version 4.0 กรณีศึกษารายนี้ได้รับการแจ้งเตือนเฝ้าระวังการใช้เมทฟอร์มินในระบบ Hosxp Version 4.0 ของโรงพยาบาลกาบเชิงอยู่เป็นระยะ ซึ่งผู้ป่วยมารับบริการของโรงพยาบาลกาบเชิงระบบจะแจ้งเตือนว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาเมทฟอร์มินทุกครั้ง ทำให้พยาบาลได้กระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดและให้สังเกตอาการผิดปกติที่จะนำไปสู่ภาวะกรดแลคติกเกิน กรณีศึกษารายนี้จึงสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยให้พ้นหายได้

จากการศึกษาพบว่ากรณีศึกษา 2 รายมีภาวะกรดแลคติกเกินสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน ซึ่งได้รับการดูแลและการพยาบาลในปัญหาต่างๆ ดังนี้ 1) มีภาวะช็อก ซึ่งเป็นปัญหาที่ควรแก้ไขอย่างเร่งรีบและอาจจะเกิดความเสี่ยงจนถึงเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรจนา จักรเมธากุล (2561) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน ซึ่งกล่าวไว้ว่า การมีภาวะ shock ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตการวินิจฉัยภาวะนี้อย่างรวดเร็ว ส่วนการพยาบาลปัญหา 2) มีภาวะเลือดเป็นกรด 3) มีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 4) มีภาวะไตวายเฉียบพลัน 5) มีการติดเชื้อในร่างกาย 6) มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ให้การพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญเพ็ญ เดชพร (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน :กรณีศึกษา แต่การศึกษารายนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านความรุนแรงของโรคและการมีระบบการแจ้งเตือนการเฝ้าระวังการใช้ยาแตกต่างกัน จึงทำให้ผลการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน

สรุป

จากการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย พบว่าเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเมทฟอร์มินเริ่มด้วยอาการรบกวนระบบทางเดินอาหาร ปวดท้อง ท้องเสีย อาเจียน เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง Metformin-associated lactic acidosis ปัจจัยร่วมคือ เป็นผู้สูงอายุ มีภาวะช็อก มีภาวะเลือดเป็นกรด มีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ แต่กรณีศึกษากรณีที่ 1 อาการแรกเริ่มมีภาวะอาการที่รุนแรงกว่า มีภาวะช็อก มีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์รุนแรง ซึ่งมีอาการนำมาด้วยภาวะ sepsis shock ร่วมกับประวัติดื่มเหล้าเป็นประจำ ระยะเวลาเข้าถึงบริการหลังมีอาการช้ากว่า ไม่มีการแจ้งเตือนเฝ้าระวังการใช้เมทฟอร์มินในระบบ Hosxp Version 4.0 ของโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างได้รับการดูแลเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นต้องช่วยฟื้นคืนชีพ แม้ว่าจะประสบความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพ ส่งต่อเพื่อการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ แต่ก็เสียชีวิตในเวลาต่อมา ส่วนกรณีศึกษากรณีที่ 2 มาด้วยภาวะอาการที่รุนแรงน้อยกว่า ระยะเวลาเข้าถึงบริการเมื่อมีอาการเร็วกว่า มีการแจ้งเตือนเฝ้าระวังการใช้เมทฟอร์มินในระบบ Hosxp Version 4.0 ของโรงพยาบาลกาบเชิง ขณะได้รับการดูแลมีภาวะช็อก จึงได้รับการส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยปลอดภัยจำหน่ายกลับบ้านดูแลรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ จากการศึกษาแสดงให้เห็นแบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย การมีระบบการแจ้งเตือนการเฝ้าระวังการใช้ยา ระยะเวลาการเข้าถึงบริการ การวางแผนการดูแลพยาบาล การเฝ้าระวังอาการความรุนแรงของการเจ็บป่วยก่อนการได้รับบริการ ความพร้อม องค์ความรู้และประสบการณ์ทีมสุขภาพ ความทันสมัยของเครื่องมือทางการแพทย์และการส่งต่อในการรักษามีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ ทองปลั่ง. (2561). การดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, 37(2), 108-118.
- กองการพยาบาล. (2562). *มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. สืบค้นจาก http://www.sirindhornhosp.go.th/userfile/file/nursing_standards/07.pdf
- จารุณี อินทฤทธิ์. (2556). โรควิกฤตทางหลอดเลือดและการพยาบาล. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. (หน้า 80-93). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ชลธิรา เรียงคำ. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ใน วันดี โตสุขศรี และคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 110 -141). กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส.
- เบญจวรรณ อยู่สำราญ และธิดา เอื้อกฤดาภิการ. (2555). ประสิทธิภาพของการใส่อากาศใน Cuff ท่อช่วยหายใจ โดยใช้แนวปฏิบัติจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วิสัยทัศน์สาร*, 38(1), 8-38.
- ประทุม สร้อยวงศ์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ใน ประทุม สร้อยวงศ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์*. (หน้า 209 -224). เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- พัทริยา โภคะกุล. (2559). การใช้ยา metformin กับความเสี่ยงการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (lactic acidosis). *ข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ*. 19(3), 75-78.
- เพียงเพ็ญ เดชพร. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน: กรณีศึกษา. *ชัยภูมิเวชสาร*, 39(1), 45-53.

- กาญจน์พงศ์ รักษาวงศ์. (2562). *ภาวะความผิดปกติของโพแทสเซียม (potassium disorders)*. สืบค้นจาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=435
- รจนา จักรเมธากุล. (2561). ภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), 147-151.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2554). *ภาวะช็อคและการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560*. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.
- สารัช สุนทรโยธิน และปณิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร. (2555). *ตำราโรคเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉริยา พ่วงแก้ว. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยเสียชีวิตและอิเล็กทรอนิกส์. ใน วันดี โตสุขศรี และคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 1-31). กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส.
- Panchal, A. R., Berg, K. M., Cabañas, J. G., Kurz, M. C., Link, M. S., Rios, M. D., . . . Kudenchuk, P. J. (2019). 2019 American Heart Association Focused Update on Systems of Care: Dispatcher-Assisted Cardiopulmonary Resuscitation and Cardiac Arrest Centers An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 140(24), 895-903.
- Bristol-Myers Squibb Company. (2009). *Glucophage (metformin hydrochloride) and Glucophage XR (extended-release) prescribing information*. New Jersey : Princeton.
- Choi H. S., Jung, K. H., Shim, J. J., Chae, M. J., Lee, S. H., Lee, T. W., . . . Kim, M. J. (2004). A case of metformin-associated lactic acidosis. *Korean Journal of Nephrology*, 23(1), 143-146.
- Emslie-Smith, A. M., Boyle, D. I., Evans, J. M., Sullivan, F., & Morris AD. (2001). Contraindications to metformin therapy in patients with type 2 diabetes: a population based study of adherence to prescribing guidelines. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, 18(6), 483-488.
- DeFronzo, R., Fleming, D. A., Chen, K., & Bicsak, T. A. (2016). Metformin associated Lactic Acidosis: current perspectives on causes and risk. *Metabolism: clinical and experimental*, 65(2), 20 -29.
- Sirtori, C. R., & Pasik, C. (1994). Re-evaluation of a biguanide, metformin: mechanism of action and tolerability. *Pharmacological research*, 30(3), 187-228.
- Viollet, B., Guigas, B., Sanz Garcia, N., Leclerc, J., Foretz, M., & Andreelli, F. (2012). Cellular and molecular mechanisms of metformin: an overview. *Clinical Science*, 122(6), 253-270.

การพยาบาลเด็กป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษา

จริยา ปะริญ, พย.บ.*

Received : 9 เมษายน 2563

Revised : 18 พฤษภาคม 2563

Accepted: 18 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณีผู้ป่วยเด็กวัยรุ่มที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกระยะช็อก มีวัตถุประสงค์ศึกษาการดำเนินของโรค และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระยะช็อก โดยกรณีศึกษาเป็นเด็กชายไทยวัยรุ่ม การวินิจฉัยโรค Dengue hemorrhagic fever (DHF) Grade III ภาวะแทรกซ้อน hypovolemic shock with hypokalemia with metabolic acidosis with hepatitis ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามระยะของโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษารายกรณีพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในระยะช็อก มีปัญหาทางการพยาบาลที่ต้องได้รับการดูแลประกอบด้วย ภาวะช็อก ภาวะพร่องออกซิเจน การเสียสมดุลกรด-ด่างในร่างกาย ภาวะตัววูบและความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย กรณีศึกษาได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคไข้เลือดออกในระยะช็อก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้ได้ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ผลลัพธ์การพยาบาลคือผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและหายเป็นปกติ ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน 7 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะในการพยาบาลเด็กป่วยโรคไข้เลือดออกระยะช็อก ได้แก่ พยาบาลต้องสังเกตและประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะไข้ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อก พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ป้องกันอันตราย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อ ชีพจร อาเจียน ปวดท้อง การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดที่มากกว่า 10-20% จากเดิม ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง เมื่อพบความผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันทีเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก การพยาบาลเด็ก กรณีศึกษา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์; Correspond E-mail: Jariya_2222@hotmail.com

Pediatric Nursing Care for Dengue Hemorrhagic Fever with Shock: Case Study

Jariya Parainu, RN, BSN.*

Abstract

This study was a case study of an adolescent patient who had dengue hemorrhagic fever (DHF) with shock. This study aimed to study disease progression and nursing guidelines for dengue hemorrhagic fever with shock. This case was a Thai teenage boy who diagnosed with Dengue hemorrhagic fever (DHF) Grade III with hypovolemic shock with hypokalemia with metabolic acidosis with hepatitis. Patients are cared for using the nursing process and assessed the health status of patients according to the stage of dengue fever.

The case study showed that patients with dengue fever are in shock showed nursing problems included shock, hypoxia, acid-base imbalance, liver failure, and anxiety about the illness. The case study received nursing care according to the practice guideline for DHF with shock, especially intravenous fluid administration and monitoring complications closely. The nursing outcome was saved from shock and recovered. The duration of treatment was seven days, so doctors allowed him to go home.

The suggestions are that in nursing care for a patient who developed the dengue hemorrhagic fever with shock, assessment of the patient's condition carefully from the fever phase is strongly needed; thus, appropriate care can provide immediately. If the patient has already shocked, nurses must manage intravenous fluid as planned quickly. Clinical symptoms must be observed strictly. These including delirium, vomiting, abdominal pain, changes in vital signs, hematocrit (Hct) greater than 10-20%, and urine output less than 0.5 ml/kg/hour. Promptly complications are shown; the nurse must report a doctor for further appropriate care.

Keywords: Dengue Hemorrhagic Fever, pediatric nursing care, case study

* Rattanakaburi hospital, Surin Province; Correspond E-mail: Jariya_2222@hotmail.com

บทนำ

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในระยะสิบปีที่ผ่านมา พบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (รวม DF, DHF, DSS) สูงขึ้น พบผู้ป่วยสูงที่สุดในช่วงฤดูฝน คือเดือนมิถุนายน - สิงหาคมของทุกปี และเมื่อพิจารณาการป่วยและการเสียชีวิตแยกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2559 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ยังคงมีอัตราป่วยและอัตราตายสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 6,539 4,847 และ 11,194 คน ปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 103 คน กลุ่มอายุ 0-14 ปี เสียชีวิต 34 คน สำหรับปี พ.ศ. 2563 ส่วนข้อมูล ณ เดือนมีนาคม มีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกสะสม 6,589 คน และเสียชีวิตแล้ว จำนวน 4 คน ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขตสุขภาพที่ 9 พบจำนวนป่วยจำนวนมาก และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเช่นกัน พื้นที่จังหวัดสุรินทร์มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อมากถึง 2,000 ถึง 5,000 คนต่อปี (กลุ่มโรคติดต่อนำโดยยุงลาย, 2563) จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข ความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยในระยะวิกฤติ จึงต้องดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อลดการสูญเสียชีวิตได้

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever: DHF) และไข้เลือดออกที่มีอาการช็อก (Dengue Shock Syndrome: DSS) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกีที่มียุงหลายสปีชีส์ในจีนัส Aedes โดยเฉพาะ A.aegypti หรือ ยุงลายบ้านเป็นพาหะนำโรคไวรัสเดงกีเป็น single stranded RNA มี 4 ซีโรไทป์ คือ DEN1, DEN2, DEN3, DEN4 สำหรับประเทศไทยสายพันธุ์ที่พบมากที่สุด คือ DEN2 เป็นสายพันธุ์ที่มีความรุนแรงมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการช็อกได้มากกว่าสายพันธุ์อื่น ปกติคนเราสามารถเป็นไข้เลือดออกได้ 4 ครั้ง การติดเชื้อซ้ำ (secondary infection) ต่าง serotype ชนิดครั้งแรก (primary infection) จึงมีโอกาสทำให้เกิดอาการรุนแรงหรือช็อกได้ ยุงลายที่มีเชื้อไวรัสกัดเพียงครั้งเดียวก็สามารถทำให้ติดเชื้อมาได้ ยุงตัวเมียที่ดูดเลือดจากผู้ติดเชื้อไข้เลือดออกจะทำให้มีการติดเชื้อในทางเดินอาหารของยุงตัวนั้น ต่อมา 8 - 10 วัน ไวรัสจะแพร่ไปยังส่วนต่างๆ ของตัวยุง รวมถึงในน้ำลายของยุง เมื่อยุงมีเชื้อไปกัดคนใหม่ก็จะเข้าวงจรตามธรรมชาติของการเกิดโรคระยะฟักตัวของโรคอยู่ที่ 3 - 14 วัน ส่วนใหญ่ประมาณ 4 - 7 วัน (ศิริเพ็ญ ภัลลยานรจ, มุกดา หวังวิวัฒนา และวารุณี วัชรเสวี, 2559) การติดเชื้อไวรัสเดงกีโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) จำแนกกลุ่มอาการตามลักษณะอาการทางคลินิก 4 กลุ่ม คือ 1) Undifferentiated fever (UF) 2) Dengue fever (DF) 3) Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) และ 4) Expanded dengue syndrome (EDS) ความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ป่วยช็อก เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยดับวาย ไตวาย เสียสมดุลเกลือแร่ และมีภาวะน้ำเกินได้ หากไม่ได้รับการดูแลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (World Health Organization [WHO], 2020)

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในทุกๆ ระยะ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก มีหลายบทบาท ได้แก่ 1) การประเมินด้านร่างกายเป็นการแยกแยะและคัดกรองเด็กป่วยและเด็กที่มีภาวะเสี่ยงให้ได้โดยเร็วโดยวิธีการ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและติดตามผล 2) การติดตามประเมินภาวะช็อกและการป้องกันภาวะช็อกจากการประเมินอาการและอาการแสดงในระยะช็อก ด้วยแบบประเมินอาการเปลี่ยนแปลงไข้เลือดออกโดยการบันทึกด้วยแบบฟอร์มการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไข้เลือดออก 3) การพยาบาลเพื่อป้องกันหรือแก้ไขภาวะช็อก 4) การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะฟื้นตัว 5) การป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกโดยการให้ความรู้ (โรส ภัคทิ์, จุไร อภัยจิรรัตน์ และ พัทธมน อันโต, 2560) ซึ่งพยาบาลต้องพัฒนาศักยภาพของตนเองอยู่เสมอ เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งองค์ความรู้ในปัจจุบันมีจำนวนมาก พยาบาลต้อง

ศึกษาหาความรู้อย่างต่อเนื่อง การมีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ช่วยให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการเกิดโรค ตลอดจนการลดความรุนแรงของโรคได้

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาย้อนหลังกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก จำนวน 1 ราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในระยะช็อก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากกุมารแพทย์ว่าป่วยเป็นเด็กโรคไข้เลือดออกในระยะช็อก และมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย สถานที่ศึกษาวิจัย คือ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ ผู้วิจัยได้ศึกษาประวัติผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพ ประวัติการรักษาของแพทย์ แล้วนำข้อมูลปัญหาที่ศึกษาไปสืบค้น หาแนวทางการวางแผนการพยาบาล และติดตามผลลัพธ์การพยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานสามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างเหมาะสมต่อไป

พยาธิสรีรวิทยา

เมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเดงกี เชื้อไวรัสจะแบ่งตัวและเพิ่มจำนวนมากขึ้นในเซลล์โมโนไซต์ (monocytes) และแมคโครฟาจ (macrophages) เมื่อเซลล์โมโนไซต์ตายลง จะมีสารบางชนิดถูกปล่อยออกมา ซึ่งมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดฝอยไม่สามารถเก็บน้ำและโปรตีนได้ตามปกติ และยังมีการเปลี่ยนแปลงของแมสต์เซลล์ (mast cell) มีการหลั่งสารฮิสตามีน (histamine) ทำให้การซึมผ่านของสารน้ำผ่านผนังหลอดเลือดฝอยเพิ่มขึ้น สารน้ำที่ซึมผ่านออกนอกหลอดเลือดเหล่านี้จะไปอยู่ตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกายซึ่งส่วนใหญ่อยู่ที่ช่องท้องและเยื่อหุ้มปอด ปริมาณพลาสมาในร่างกายลดลง ปริมาณเม็ดเลือดแดงเข้มข้นเพิ่มขึ้น และยังมีการกระตุ้นคอมพลีเมนต์ (complements) ร่วมกับเซลล์โมโนไซต์ที่มีเชื้อไวรัส ปล่อยสารโมโนไคน์ (monokines) และ thromboplastin มีต่อกลไกการแข็งตัวของเลือดทำให้เกิดเลือดถูกใช้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงมีเลือดลดยาลดและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (disseminated intravascular coagulation: DIC) ในระยะช็อกได้ (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2560)

อาการและอาการแสดง

อาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออกเดงกีมีลักษณะจำเพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับเกิดก่อนหลัง ดังนี้ 1) ไข้สูงลอย 2-7 วัน 2) มีเลือดออก ส่วนมากพบที่ผิวหนัง 3) มีตับโต กดเจ็บ และ 4) มีการไหลเวียนล้มเหลวนอกจากนี้อาการแสดงตามการดำเนินโรคของไข้เลือดออกเดงกีแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤต/ช็อก และระยะฟื้นตัว (WHO, 2018; ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, มุกดา หวังวิรวงศ์ และวารุณี วัชรเสวี, 2559) รายละเอียดดังนี้

1. ระยะไข้ (Febrile phase) อาการที่พบส่วนใหญ่จะมีไข้สูงลอย 2-7 วันส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส อาการที่มักพบร่วมได้แก่ เบื่ออาหาร อาเจียนปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา อาการเลือดออกที่พบบ่อยที่สุดคือที่ผิวหนังมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือดซึ่งมักจะเป็นสีดำ (melena) ร่วมกับการทำ tourniquet test (TT) ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2-3 วันแรกของโรคต่อมาวันที่ 3-4 ของการเจ็บป่วย จะเริ่มคลำตับโต นุ่ม และกดเจ็บ

2. ระยะวิกฤต/ช็อก (Critical phase หรือ leakage phase) เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมาซึ่งจะพบทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีโดยระยะรั่วจะประมาณ 24-48 ชั่วโมง การรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอด/ช่องท้องมาก ทำให้เกิด hypovolemic shock ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการกระหายน้ำ ปวดท้องกะทันหัน ก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ไม่ดี เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว

ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงโดยมีความดัน diastolic เพิ่มขึ้นเล็กน้อยตรวจพบ pulse pressure แคบเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ 30-40 มิลลิเมตรปรอท) ค่า capillary filling time มากกว่า 2 วินาที หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง รอบปากเขียว ตัวซีดเย็น จับชีพจรไม่ได้และหรือวัดความดันโลหิตไม่ได้ (profound shock) ผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ภายใน 12-24 ชั่วโมง

3. ระยะฟื้นตัว (Recovery or convalescent phase) เมื่อการรั่วของพลาสมาหยุด Hct จะลงมาถึงที่และชีพจรจะช้าลงและแรงขึ้น ความดันโลหิตปกติ มี pulse pressure กว้าง จำนวนปัสสาวะจะเพิ่มมากขึ้น (diuresis) ผู้ป่วยจะมีความอยากรับประทานอาหาร ระยะฟื้นตัวนี้จะใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน ถึงแม้จะยังตรวจพบน้ำในช่องปอด/ช่องท้อง และอาจมีผื่นเป็นวงกลมเล็กๆ สีขาวของผิวหนังอยู่ในผื่นสีแดง (confluent petechial rash)

ความรุนแรงของโรค

โรคไข้เลือดออก แบ่งความรุนแรงของโรค เป็น 4 ระดับ (Grade) คือ (WHO, 2018; ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และคณะ, 2559)

Grade I ผู้ป่วยไม่อาการช็อก ผล tourniquet test เป็น positive และ/หรือ easy bruising

Grade II ผู้ป่วยไม่อาการช็อก แต่มีอาการเลือดออก เช่น จุดเลือดออกตามผิวหนัง อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน

Grade III ผู้ป่วยช็อก โดยชีพจรเบาเร็ว pulse pressure แคบ (≤ 20 มิลลิเมตรปรอท) หรือความดันโลหิตต่ำ ตัวเย็น เหงื่อออก กระสับกระส่าย

Grade IV ผู้ป่วยช็อกรุนแรง จับชีพจรและวัดความดันโลหิตไม่ได้

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยไข้เลือดออกเดงกีโดยอาศัยอาการแสดงทางคลินิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงในระดับเกล็ดเลือดและการรั่วของพลาสมา ดังนี้ 1) เกล็ดเลือด $\leq 100,000$ เซลล์/ลบ.มม. 2) เลือดขึ้นขึ้น ดูจากมีการเพิ่มขึ้นของ Hct เท่ากับหรือมากกว่า 20% เมื่อเทียบกับ Hct เดิม (hemoconcentration) กรณีไข้เลือดออกเดงกีที่ช็อก

ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกิดังกล่าวข้างต้นที่มีอาการช็อก คือ มีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการดังต่อไปนี้ 1) มีชีพจรเบาเร็ว 2) มีการเปลี่ยนแปลงในระดับความดันโลหิต โดยตรวจพบ pulse pressure แคบ ≤ 20 มิลลิเมตรปรอท (โดยไม่มี hypotension) หรือมี postural hypotension ในเด็กโตหรือผู้ใหญ่ 3) Poor capillary refill > 2 วินาที 4) มือ/เท้าเย็นขึ้น กระสับกระส่าย (WHO, 2018; ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และคณะ, 2559)

การรักษาและการพยาบาลตามระยะของโรค

การดูแลรักษาผู้ป่วย จะรักษาตามอาการและประคับประคองตามระยะของโรค มีหลักปฏิบัติดังนี้ (ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และคณะ, 2559; วารุณี วัชรเสวี, รศนา วลีรัตนภา, รุ่งนภา ธนาบุรณ์ และปิยะดา หะมณี, 2557)

1. ระยะไข้ ให้ยาลดไข้ควรใช้ยาพาราเซตามอล 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง เมื่อมีไข้สูงมากกว่า 39 องศาเซลเซียส ห่างกันมากกว่า 4 ชั่วโมง ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ ห้ามใช้ยาพาราเซตามอล เพราะจะทำให้เกล็ดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะอาหารทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น และที่สำคัญอาจทำให้เกิดอาการทางสมอง Reye syndrome ส่วนเรื่องอาหาร ในระยะไข้ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย จดรับประทานอาหารหรือน้ำที่มีสีแดง น้ำตาล ดำ หากเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อย แนะนำให้ดื่มมน น้ำผลไม้หรือ

น้ำเกลือแร่แทนน้ำเปล่า ถ้าผู้ป่วยอาเจียนมาก ควรให้จิบน้ำเกลือแร่ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งไม่จำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหากผู้ป่วยยังไม่มีอาการขาดน้ำ และต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดคิดว่าผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะช็อกหรือไม่ ซึ่งอาจจะมีไข้ลดลง pulse pressure แคบ ≤ 20 มิลลิเมตรปรอท อาการเบื่ออาหารมากขึ้นไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือมีอาการถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีอาการปวดท้องอย่างกะทันหัน กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะช็อกต่อไป

2. ระยะช็อก เน้นการดูแลการให้สารน้ำทดแทนแก่ผู้ป่วยจากการสูญเสีย น้ำ พลาสมาของระบบไหลเวียน ในรายที่ไข้ลดลงแต่ไม่มีภาวะช็อกจะตรวจพบระดับ Hct เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 จากเดิมแพทย์จะพิจารณาให้ 5% D/NSS หรือเพิ่ม 5% Ringer acetate ประมาณเท่ากับ maintenance + 5% deficit โดยพิจารณาปริมาณของสารน้ำตามการรั่วของพลาสมา ซึ่งดูจาก Hct สัญญาณชีพและปริมาณของปัสสาวะ (urine output > 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง) และดูค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (urine sp.gr.) การปรับลดอัตราการไหลและปริมาณของสารน้ำทางหลอดเลือดดำจะพิจารณาตาม Hct ตลอดเวลา 24-48 ชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกหรือเลือดออก แพทย์จะต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขสภาวะดังกล่าวด้วยสารน้ำ พลาสมา หรือสาร colloid (Dextran-40) ให้สารน้ำเป็น isotonic salt solution เช่น 5% D/R Acetate 10 ml/kg/hr ในรายที่ช็อกหรือให้ 0.9% NSS 10-20 ml/kg เป็น bonus ในรายที่เป็น profound shock

3. ระยะฟื้นตัวภายหลังผ่านระยะวิกฤตผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นชัดเจน ได้แก่ อยากรับประทานอาหาร สัญญาณชีพคงที่ Hct ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัสสาวะออกเพิ่มขึ้น มี convalescent petechial rash คือเป็นผื่นแดงร่วมกับวงกลุ่มที่ขาว การดูแลที่สำคัญในระยะนี้คือการป้องกันภาวะน้ำเกิน ควรปรับลดอัตราของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามอัตราของการรั่วของพลาสมา ซึ่งภาวะน้ำเกินอาจพบอาการต่างๆ ได้แก่ อาการบวม หายใจลำบาก เสียงปอดพบ crepitation ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และชีพจรเบาเร็ว เป็นต้น พยาบาลต้องติดตามและประเมินสัญญาณชีพจนกว่าจะปกติ ติดตามระดับของ Hct และปริมาณของปัสสาวะ หากมีผื่น convalescent petechial rash ร่วมกับมีอาการคันตามผิวหนัง ต้องระวังการเกา หากคันรุนแรง ควรรายงานแพทย์เพื่อให้ยาลาไมท์ทาผิวหนัง

กรณีศึกษา

เด็กชายไทยวัยรุ่น อายุ 14 ปี น้ำหนัก 49 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร อาชีพนักเรียน เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา อำเภอรันทบุรี จังหวัดสุรินทร์ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ไข้ ไอ มีน้ำมูก เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน การวินิจฉัยโรค Dengue hemorrhagic fever (DHF) Grade III มีภาวะแทรกซ้อน hypovolemic shock with hypokalemia with metabolic acidosis with hepatitis รับไว้ในความดูแลระหว่างวันที่ 11-16 ก.ค. 61 จำนวน 6 วัน

ประวัติการเจ็บป่วย 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ไปรับการรักษาที่สถานอนามัยแห่งหนึ่ง ได้รับยาลดไข้พาราเซตามอล และยาละลายเสมหะไปรับประทานที่บ้าน แต่อาการก็ยังไม่ทุเลา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง ซึม ยายจึงนำส่งโรงพยาบาล ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธการแพ้ยาสารเคมีและการใช้สารเสพติดครอบครัวยุติในชุมชน มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีเพื่อนที่โรงเรียนป่วยไข้เลือดออก 1 คน

การประเมินสภาพแรกพบ ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดคุยสื่อสารได้ ซึม อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ไม่อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย 2-3 คำ ปากแห้ง ปัสสาวะปกติ ถ่ายเหลว คลำพบตับโต 1 FB ได้ขยายโครงขา กดเจ็บ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตชัดเจน 110/70 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด (SpO₂) เท่ากับ 100% Blood sugar 96 mg/dl และผลการทำ Tourniquet test ให้ผลบวก

ตาราง 1 การดำเนินโรคและการรักษาโรคไขเลือดออกในระยะซ็อก

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา
11 ก.ค. 2561	ไข้สูงวันที่ 6 ซึม เพลีย ปวดท้อง เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย 2-3 คำ ปากแห้ง T = 40.1 องศาเซลเซียส PR 116 ครั้งต่อนาที RR 22 ครั้งต่อนาที BP 100/70 มิลลิเมตรปรอท SpO2 98% TT ให้ผลบวก	CBC: Hct 42%, Hb 15 g/dL, WBC 4,200 cell/cu.mm RBC. 450,000 cell/cu.mm, Plt count 95,000 cell/cu.mm, PMN 43%, Lymphocyte 72%, Absolute Neutrophil 3,000 cell/cu.mm Absolute Lymphocyte 4,500 cell/cu.mm U/A: Normal, Sp.gr 1.025Dengue NS1Ag ผล Positive	- 5% D/NSS IV drip 20 ml/hr - CBC - Hct ทุก 6 hr - Paracetamol (500 mg) 1 tab oral prn ทุก 4-6 hr
12 ก.ค. 2561 08.00 น.	ผู้ป่วยเป็นไข้ วันที่ 7 ไข้ลดลง เหนื่อย เพลีย เหงื่อออก ตัวสั่น อึดอัด แน่นท้อง ปวดจุกใต้ลิ้นปี่ T= 37.4 องศาเซลเซียส, PR 126 ครั้ง/นาที (เบา เร็ว), RR 22 ครั้ง/นาที, BP 100/80 มิลลิเมตรปรอท, SpO2 98%	CBC: Hct 45%, Hb 14 g/dL, WBC 4,100 cell/cu.mm, Plt count 65,000 cell/cu.mm, PMN 45%, Lymphocyte 77% LFT: Albumin 3.0 g/dL, SGOT (AST) 1,115 U/L SGPT (ALT) 535 U/L, Alkaline phosphatase 189 U/L Electrolyte: Na 136 mEq/L, K 3.3 mEq/L, Cl 100 mEq/L, CO ₂ 19 mEq/L 08.00 น. Hct = 41%, DTX = 110 mg% 12.00 น. Hct = 43%, DTX = 113 mg%	- 5%D/NSS 1000 ml vein rate 40 ml/hr x II - HCT, DTX ทุก 6 hrs. if Hct. เพิ่มขึ้น หรือ ลดลง ≥ 3% notify - Keep BP ≥ 90/60 mmHg, PP > 20 mmHg - Keep urine 200 ml/day - E.KCL 30 ml. oral x 1 dose - Domperidone 1 tab oral t.i.d. ac
12 ก.ค. 2561 14.00 น.	เหนื่อย เพลีย เหงื่อออก ตัวสั่น ปัสสาวะออก 400 ml ใน 6 ชั่วโมง T= 37.3 องศาเซลเซียส, PR 120 ครั้ง/นาที (เบา เร็ว), RR 24 ครั้ง/นาที. BP 100/80 มิลลิเมตรปรอท (PP 20 มิลลิเมตรปรอท), SpO2 98%	- CBC: Hct. 49% (ขึ้นได้ 46%) Plt 51,000 cell/cu.mm	- เพิ่ม 5%D/NSS 1000 ml IV 60 ml/hr - Observe อาการต่อจนถึงเวลา 17.00 น.

ตาราง 1 (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา
12 ก.ค. 2561 18.00 น.	เหนื่อย เพลีย ปัสสาวะออก 400 ml ใน 4 ชั่วโมง T= 37.3 องศาเซลเซียส, PR 114 ครั้ง/นาที (เบา เร็ว), RR 24 ครั้ง/นาที, BP 100/80 มิลลิเมตรปรอท (PP 20 มิลลิเมตรปรอท), SpO2 96%	- CXR Right Pleural Effusion 18.00 น. Hct = 45% , DTX = 130 mg%	- ปรับลด 5%D/NSS 1000 ml vein 50 ml/hr - Keep urine output $\geq$ 1000 ml/ 2 hr - Keep BP $\geq$ 90/60 mmHg PP $\geq$ 20 mmHg
12 ก.ค. 2561 20.00 น.	ซึม เหนื่อยหอบ อาเจียน 2 ครั้ง ปัสสาวะออก 150 ml ใน 2 ชั่วโมง T 36.3 องศาเซลเซียส, PR 102 ครั้ง/นาที (เบา เร็ว), RR 28 ครั้ง/นาที, BP 100/80 มิลลิเมตรปรอท (PP 20 มิลลิเมตรปรอท), SpO2 93%	24.00 น. Hct = 46% , DTX = 130 mg%	- On O ₂ canular 3 LPM - Retained Foley's catheter - เพิ่ม 5%D/NSS 1000 ml vein 500 ml/hr x 1 hr then 300 ml/hr x 1 hr (7 ml/kg/hr) - Observe อาการต่อ
13 ก.ค. 2561	รู้สึกดี ซึม คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง ไม่มีเลือดออก ปัสสาวะออก 450 ml/hr.T 36.3 องศาเซลเซียส, PR 102 ครั้ง/นาที(เบา เร็ว), RR 28 ครั้ง/นาที, BP 100/80 มิลลิเมตรปรอท (PP 20 มิลลิเมตรปรอท), SpO2 99%	CBC: Hct 42.8 %, WBC 4,600 cell/cu.mm, Plt 70,200 cell/cu.mm, Neutrophils 55 %, Lymphocyte 42 % LFT: Albumin 3.5 g/dL, SGOT (AST) 950 U/LSGPT (ALT) 350 U/L, Alkaline phosphatase 150 U/L Electrolyte: Na 136 mEq/L,K 3.8 mEq/L,Cl 104 mEq/L,CO ₂ 24 mEq/L 06.00 น. Hct= 42%, DTX = 115 mg% 10.00 น. Hct= 42%, DTX = 125 mg% 14.00 น. Hct= 41.8%, DTX =130 mg% 18.00 น. Hct= 40.3%, DTX =117mg% 22.00 น. Hct= 40.1%, DTX = 56 mg%	- ลด rate IV fluid เหลือ 80 ml/hr - Keep urine output >24.5 ml/hr (>0.5 ml/kg/ hr) - Keep BP $\geq$ 90/60 mmHg PP $\geq$ 20 mmHg - Hct, DTX ทุก 4 hr

ตาราง 1 (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา
14 ก.ค. 2561	รู้สึกดี ไม่อาเจียน ไม่มีเลือดออก ไม่เหนื่อยหอบ อยากรับประทานอาหาร ปัสสาวะออก 1,000 ml/วัน T 36.8 องศาเซลเซียส, PR 95 ครั้ง/นาที, (แรง ชัดเจน), RR 22ครั้ง/นาที, BP 110/70 มิลลิเมตรปรอท (PP40 มิลลิเมตรปรอท), SpO ₂ 100%	CBC: Hct 42.8 %, WBC 4,865 cell/cu.mm, Plt 85,200 cell/cu.mm, Neutrophils 53 %, Lymphocyte 44 % 06.00 น. Hct= 42%, DTX = 115 mg% 12.00 น. Hct= 42%, DTX = 125 mg% 18.00 น. Hct= 40.3%, DTX = 117mg% 24.00 น. Hct= 40.1%, DTX = 100 mg%	- ลด rate IV fluid เหลือ 40 ml/hr - Off Oxygen canular - Off Foley's catheter - Hct, DTX ทุก 6 hr
15 ก.ค. 2561	รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ดี ไม่อาเจียน ไม่มีเลือดออก เริ่มคันตาม ผิวหนัง ปัสสาวะเหลืองใส1500ml/วัน T= 36.8 องศาเซลเซียส, PR 100 ครั้ง/ นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 110/80 มิลลิเมตรปรอท	CBC: Hct39.8 % , WBC 4,950 cell/cu.mm, Plt 96,000 cell/cu.mm, Neutrophils 56 %, Lymphocyte 40 % 06.00 น. Hct= 40%, DTX = 85 mg% 14.00 น. Hct= 39.8%, DTX = 110 mg% 22.00 น. Hct= 39%, DTX = 108 mg%	- Hct, DTX ทุก 8 hr. - Off IV fluid
16 ก.ค. 2561	รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ดี ไม่อาเจียน มีผื่นคันตามผิวหนัง ไม่มีเลือดออก ปัสสาวะเหลืองใส T= 36.8 องศาเซลเซียส, PR 100 ครั้ง/ นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 110/80 มิลลิเมตรปรอทจำหน่ายกลับบ้าน		D/C: - Atarax 1 tab oral bid pc - Paracetamol (500 mg) 1 tab oral prn ทุก 4-6 hr - Calamine apply lesion

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกระยะช็อก

จากกรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยแสดงอาการตามการดำเนินของโรคชัดเจนทั้งสามระยะ คือระยะไข้ ระยะช็อก และระยะฟื้นตัว ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะการพยาบาลโรคไข้เลือดออกระยะช็อก ดังนี้

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากการรั่วของน้ำผ่านหลอดเลือดฝอยอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์เพิ่มขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเป็นไข้ วันที่ 7 ไข้ลดลง เหนื่อย เพลีย เหงื่อออก ตัวสั่น อึดอัด แน่นท้อง ปวดจุก ใต้ลิ้นปี่ อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 126 ครั้งต่อนาที (เบา เร็ว) หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 98%, TT ให้ผลบวก ผล CBC: Plt count 51,000-65,000 cell/cu.mm. WBC 3,900 - 4,100 cell/cu.mm. (12 ก.ค.61) PMN 45% Lymphocyte 77% Absolute Neutrophil 2,900-3,000 cell/cu.mm Absolute Lymphocyte 4,500-4,600 cell/cu.mm Albumin 3.0 g/dL ค่า Hct มีการเปลี่ยนแปลงตามลำดับตั้งแต่แรกรับดังนี้ 42% 49% 53% (ป่น) 46% และ 45% (CBC) ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก base line 42% (เพิ่มขึ้น 26.19%)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก และเพื่อรักษาระบบไหลเวียนเลือดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น มือ เท้าเย็น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง สับสน และปัสสาวะไม่ออก เป็นต้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที หายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100-120/ 60-90 มิลลิเมตรปรอท (PP มากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท) ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct.) เพิ่มขึ้นหรือลดลงไม่เกิน 3% จากเดิม

การพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5% D/NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ปรับอัตราการไหลตามแผนการรักษาพร้อมกับสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
2. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำสมเกลือแร่ ให้เพียงพอชดเชยปริมาณพลาสมาที่รั่วออกไป
3. วัดและบันทึกติดตามชีพจร หายใจความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด ควรวัดอย่างน้อยวัดทุก ½ - 1 ชั่วโมง หากพบ pulse pressure แคบน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาฟังได้ไม่ชัดเจน หรือชีพจรเร็วผิดปกติ ต้องรีบรายงานแพทย์
4. สังเกตอาการแสดงของภาวะช็อกอย่างใกล้ชิดได้แก่ มือ เท้าเย็น กระสับกระส่าย หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเบาเร็ว สับสนหรือไม่รู้สึกรู้ตัว capillary refill >3 วินาที ปัสสาวะไม่ออกหรือออกน้อยให้รีบรายงานแพทย์
5. สังเกตและบันทึกอาการแสดงของการมีเลือดออก เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำและเลือดกำเดาไหล เป็นต้น
6. บันทึกสารน้ำเข้าออกร่างกายทุก 1-2 ชั่วโมง โดยติดตามปัสสาวะต้องออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมรวมทั้งตรวจสอบค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะทุกครั้ง
7. ส่ง CBC ตรวจ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดแดง (Hct) และเกล็ดเลือด (Plt) ตามแผนการรักษาและเจาะ Hct ปั่นตามแผนการรักษาทุก 4-8 ชั่วโมง และถ้า Hct เพิ่มขึ้นสูงกว่า 3% ให้รายงานแพทย์ (ศิริแพทย์ กัลปยานรุต และคณะ, 2559; เจียมใจ สุชาติพิทยพันธ์, 2553; โรส ภักดีโต และคณะ, 2560; วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558; อนุญญา ไทยสูง, 2557; เอื้อนจิต สีสลับ, 2556; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนนท์ และคณะ, 2561; Schub, March, & Pravikoff, 2018)

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัว ชีพ อาเจียน 2 ครั้ง หลังปรับอัตราการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด จนไม่มีอาการแดงของภาวะช็อก ไขว้น้ำหนัก 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที (แรง ชัดเจน) หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100-110/70-80 มิลลิเมตรปรอท (PP 30-40 มิลลิเมตรปรอท) ระดับของ Hct เพิ่มขึ้นหรือลดลงไม่เกิน 3% จากเดิม และปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง (500-1,000 มิลลิลิตร/วัน)

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 2 ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการรั่วของพลาสมาอยู่ในเยื่อหุ้มปอด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยซึม เหนื่อย หายใจหอบ ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 93% ปัสสาวะออก 150-300 มิลลิลิตร/วัน (ระยะช็อก) ผล CXR พบ Right pleural effusion

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เซลล์ในเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ผิวดำแดงดี ไม่มีเหนื่อย หอบ อัตราหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที อัตราเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 95-100%

การพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา
2. ดูแลให้ออกซิเจนแบบแคนูลา (oxygen canular) 3 ลิตรต่อนาที
3. บันทึกอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด ทุก 1-2 ชั่วโมงตามอาการของผู้ป่วย
4. สังเกตอาการแสดงของเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เช่น ชีพ หายใจหอบ และเขียวที่ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า เป็นต้น (ศิริเพ็ญ กัลป์ยานรุต และคณะ, 2559)

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ผิวดำแดงดี ไม่มีเหนื่อย หอบ อัตราหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้งต่อนาที อัตราเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 90-100 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 99-100%

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 3 เสี่ยงสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายและน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเหนื่อย เพลีย คลื่นไส้ อาเจียน 1-2 ครั้ง เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย 2-3 คำ ปากแห้ง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ K³ mEq/L, CO₂ 19 mEq/L และ DTX 56 mg% อัตราการเต้นของหัวใจ 100-120 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายและไม่มีปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน ความยืดหยุ่นผิวหนังลดลง เป็นต้น ไม่มีอาการชักจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที หายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100-120/ 60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 60-110 mg% การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวอยู่เกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารให้ครบทุกหมู่ อาหารควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ควรดื่มน้ำที่มียาลดกรดหรือน้ำตาล เพราะการประเมินอาจมีปัญหาหากผู้ป่วยอาเจียนเป็นสีดำ

2. กระตุ้นให้ดื่มน้ำเกลือแร่หรือน้ำผลไม้ โดยปริมาณที่ดื่มให้ได้ประมาณ 3,528-5,800 มิลลิลิตร ตามแผนการรักษา (3-5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง) ไม่ควรให้ดื่มน้ำเปล่า เพราะจะทำให้ผู้ป่วยอาจมีภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ

3. ดูแลความสะอาดภายในช่องปากโดยการบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำเกลือ

4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/N/3 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงหรือปรับอัตราการให้ตามแผนการรักษาขึ้นกับสภาพร่างกายผู้ป่วยตามแผนการรักษา

5. ดูแลให้ได้รับประทานยา ElierKCl 30 มิลลิลิตร ทางปาก 1 ครั้ง ตามแผนการรักษา

6. ดูแลให้รับประทานยาโดมเพอริโดน (Domperidone) 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ทางปาก ก่อนรับประทานอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

7. ติดตามวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง ตามอาการของผู้ป่วยหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วต้องติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

8. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวัน

9. ประเมินอาการแสดงภาวะขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ความยืดหยุ่นผิวหนังลดลง เป็นต้นและประเมินอาการแสดงเสียสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย หากมีโปแตสเซียมในร่างกายต่ำ ผู้ป่วยจะมีปัญหาท้องอืด อ่อนเพลีย ซึม เป็นต้น หากมีน้ำตาลในเลือดต่ำหรือโซเดียมในร่างกายต่ำ ผู้ป่วยอาจมีอาการชัก ซึม

10. ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตามแผนการรักษา (ศิริเพ็ญ ภัทยาจรุญ, และคณะ, 2559; อนุรักษ์ ไทยสูง, 2557; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์ และคณะ, 2561; Kimberlee, 2012)

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ริมฝีปากไม่แห้ง ระดับความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที หายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100-120/ 60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 60-110 mg% น้ำหนักตัวอยู่เกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 4 มีโอกาสเกิดอาการทางสมองเนื่องจากภาวะตับอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยซึม ผลการตรวจการทำงานของตับ Liver function test (LFT): SGOT (AST) 1,115 U/L SGPT (ALT) 535 U/L, Alkaline phosphatase 189 U/L Albumin 3.0 g/dL ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 30 mg%

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทำให้เกิดอาการทางสมอง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงทางสมองผิดปกติ ได้แก่ มีอาการสับสน ผลการตรวจการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 60-110 mg%

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินการเปลี่ยนแปลงของการรู้สติ เพื่อ อาละวาด เอะอะ โวยวาย

2. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับปริมาณสารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เนื่องจากการให้สารน้ำมากเกินไปอาจทำให้เกิดอาการสมองบวม หรือการใช้น้อยเกินไปอาจทำให้เกิดภาวะช็อกและมีภาวะตัววูบและมีอาการทางสมองเพิ่มขึ้น

3. ระวังการติดเชื้อในร่างกาย โดยเฉพาะตำแหน่งให้สารน้ำ และตำแหน่งใส่สายสวนปัสสาวะ เน้น sterile technique เป็นพิเศษ

4. หลีกเลี่ยงการให้ยาที่เป็นอันตรายต่อดับ เช่น ยา Paracetamol ใช้กรณีมีไข้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส

5. วัดสัญญาณชีพและอาการทางสมองอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง ตามอาการของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วต้องติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการทำงานของตับ (LFT), Hct, blood sugar, electrolyte และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบค่าผิดปกติ (ศิริแพทย กัลยาณรุจ และคณะ, 2559; อนุญญา ไทยสูง, 2557)

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงทางสมองผิดปกติ ได้แก่ มีอาการสับสน ผลการตรวจการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 60-110 mg%

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 5 มีโอกาสเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน ผลการทำ tourniquet test เป็นบวกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: Plt count 51,000 - 96,000 cell/cu.mm.

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกในร่างกาย เช่น เลือดกำเดาออก ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที หายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100-120/60-90 มิลลิเมตรปรอท และค่าของเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตลักษณะ จำนวน และตำแหน่งเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกในร่างกาย เช่น เลือดกำเดาออก ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น

2. หากมีเลือดกำเดาไหล ให้ผู้ป่วยนอนราบ ใช้กระดาษน้ำแข็งหรือผ้าเย็นวางบริเวณหน้าผาก เพื่อให้เส้นเลือดหดตัว อาการเลือดออกจะน้อยลงหรือหยุดได้ ถ้ายังไม่น้อยลง ควรต้องเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำ anterior nasal packing

3. ดูแลให้ระวังเลือดออกตามไรฟัน ต้องรักษาความสะอาดในช่องปากอยู่เสมอ จดแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันที่มีขนแปรงแข็ง ให้บ้วนปากด้วยน้ำยาแล้วใช้ไหม้ฟันสำหรับเช็ดถูบริเวณซอกฟันและโคนลิ้น

4. ให้รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารที่ดำ สีแดง สีส้ม น้ำตาล ซึ่งเป็นอุปสรรคในการประเมินเลือดออกภายในร่างกายหากผู้ป่วยมีอาเจียน

5. ระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ หรือมีเหตุกระทบกระแทกต่อผู้ป่วย

6. ดูแลผิวหนังให้สะอาด และแห้งอยู่เสมอ ห้ามไม่ให้เกา ตัดเล็บผู้ป่วยให้สั้น และรักษาให้สะอาดเสมอ

7. ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ หรือทำหัตถการที่รุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่าย หลังการเจาะเลือดทุกครั้งต้องกดด้วยก๊อสหรือสำลีที่แห้งและปลอดเชื้อให้นานพอ แน่ใจว่าเลือดหยุด

8. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง ตามอาการของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วต้องติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงและจำนวนเกล็ดเลือด (ศิริแพทย กัลยาณรุจ และคณะ, 2559; อนุญญาไทยสูง, 2557; รุจา ภูไพบูลย์, 2556)

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกในร่างกาย เช่น เลือดกำเดาออก ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น สัญญาณชีพ ชีพจร 100-120 ครั้งต่อนาที หายใจ 22-28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100-110/70-90 มิลลิเมตรปรอท ค่าของเกล็ดเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (50,00-100,000 cell/cu.mm.)

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 6 ผู้ป่วยและมารดาวิตกกังวลเนื่องจากกลัวความรุนแรงของโรคทำให้มีอาการทรุดลง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและมารดาผู้ป่วยบอกว่าเคยรับรู้ การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ นอนไม่ค่อยหลับ ลูกจะเป็นอะไรมาใหม่ ลูกจะหายไหม ผู้ป่วยและมารดาสีหน้ากังวล เหม่อลอย บางครั้ง หน้ามือคว่ำมวด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติ สีหน้าสดชื่น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับทุกคน นอนหลับพักผ่อนได้ ความถี่ในการซักถามข้อมูลการรักษาลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก รับฟังคำพูดอย่างตั้งใจ เห็นใจแสดงพฤติกรรมบริการ ท่าทาง คำพูดที่สื่อให้ผู้ป่วยและญาติเห็นว่าพยาบาลเข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้

2. อธิบายวัตถุประสงค์การรักษาและการพยาบาลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ รวมทั้งการให้ข้อมูลที่จำเป็น และเหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติ

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตามเหมาะสม เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การให้อาหารเป็นเพื่อน การกอด สัมผัส พูดคุย เป็นต้น

4. ให้กำลังใจ ชมเชย เสริมแรงเมื่อผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือหรือปฏิบัติบทบาทตนเองได้เหมาะสม เพื่อให้คุณค่าในตนเอง อธิบายการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพและแผนการรักษาที่เปลี่ยนไปในแต่ละช่วงให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเป็นระยะๆ (เจียมใจ สุชาติพยุพพันธุ์, 2553)

การประเมินผล ผู้ป่วยและมารดา คลายความวิตกกังวลลงบ้าง สีหน้าสดชื่น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับทุกคน นอนหลับพักผ่อนได้ ความถี่ในการซักถามข้อมูลการรักษาลดลง

การวางแผนจำหน่าย

เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน พยาบาลควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-Method ซึ่งต้องวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาต่อเนื่องจนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ การวางแผนจำหน่ายต้องประเมินความสามารถ ความพร้อมและความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติตามหลักทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ ต้องให้การพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด เมื่ออาการทุเลาลง ให้การพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน และสนับสนุนให้ ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ กิจกรรมการพยาบาลมีการสอดแทรกความรู้และสอนหรือสาธิตการดูแลให้ญาติสามารถ ปฏิบัติได้จริง สามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามได้ (อนัญญา ไทยสูง, 2557)

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากการดูแลกรณีศึกษา มีข้อเสนอแนะเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไปดังนี้ การพยาบาลผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออก ต้องดูแลและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงใกล้ชิดตั้งแต่ในระยะไข้ พยาบาลต้องติดตามอาการ วัตถุประสงค์ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงร่างกายเข้าสู่ระยะช็อกจะ ได้แก้ไขและให้พยาบาลได้อย่างรวดเร็วและทันที่ สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกออกในระยะช็อก พยาบาลต้องควบคุมการให้สารน้ำให้ได้ตามแผนการรักษา เพราะหากให้สารน้ำมากเกินไป ผู้ป่วยจะเกิดภาวะน้ำ เกินตามมาได้ ดังนั้นในระยะนี้พยาบาลต้องสังเกตอาการทางคลินิกอย่างใกล้ชิด ได้แก่ เพื่ ชีพ อาเจียน ปวดท้อง การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดที่เปลี่ยนแปลงมากกว่า 10-20% จากเดิม ปัสสาวะ

ออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง หากพบความผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันทีเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรคติดต่ออันตราย, กลุ่มโรคติดต่ออันตราย. (2563). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2563*. นนทบุรี: กลุ่มโรคติดต่ออันตราย กองโรคติดต่ออันตราย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- เจียมใจ สุชาติพยัคฆ์. (2553). รายงานผู้ป่วยกรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกช็อกรุนแรง. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 4(2), 1-9.
- พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อ ใน พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็ก เล่ม 3* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 1-74). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- รุจา ภูโพบูลย์. (บรรณาธิการ). (2556). *การวางแผนการพยาบาลเด็กสุขภาพดีและเด็กป่วย*. กรุงเทพฯ : ธรรมสภา.
- โรส ภักดีโต, จุไร อภัยจิรรัตน์, และพัชมน อันโต. (2560). โรคไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 10(1), 55-65.
- วราณี วัชรเสวี, รศนา วลีรัตนภา, รุ่งนภา ธนาบุรณ และปิยะดา หะมณี (บรรณาธิการ). (2557). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ฉบับ 60 ปี โรงพยาบาลเด็ก*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษา. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 12(3), 124-35.
- ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร และคณะ. (2561). *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์ และวราณี วัชรเสวี. (2559). *การวินิจฉัยและการรักษาโรคไข้เลือดออกฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชา*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- อนัญญา ไทยสูง. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกช็อก. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์*, 4(1), 30-43.
- เอื้อนจิต สีสลับ. (2556). กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 28(3), 207-215.
- Kimberlee, D. D. (2012). Dengue Fever: Re-Emergence of an Old Virus. *Journal for Nurse Practitioner*, 8(5), 389-393.
- World Health Organization. (2020). *Dengue and severe dengue fact sheet*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>
- Schub, T., March, P., & Pravikoff, D. (2018). *Dengue Hemorrhagic Fever*. Retrieved from CINAHL Nursing Guide.

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กำหนดตีพิมพ์วารสาร ราย 6 เดือน (2 ฉบับต่อปี) ยินดีรับบทความวิชาการ หรือรายงานผลการวิจัยทางการศึกษา ตลอดจนผลงานและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาล โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือ กำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

1. ประเภทของเรื่องที่ส่งพิมพ์

บทความวิจัย เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วย หัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่องและบทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ กรอบแนวคิดของการวิจัย(ถ้ามี) ระเบียบวิธีวิจัย ผลการศึกษา วิเคราะห์หรืออภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ถ้ามีกิตติกรรมประกาศ หรือคำขอบคุณให้ระบุไว้ก่อนเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความวิชาการ เป็นบทความที่เขียนขึ้น โดยมีการวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการโดยมีการสำรวจวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ หัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ส่วนนำหรือบทนำ (การนำความที่แสดงเหตุผล หรือที่มีของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์) ส่วนเนื้อหา ส่วนสรุป และเอกสารอ้างอิง

2. รูปแบบการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

2.1 รูปแบบการเขียนบทความวิจัย ให้เรียงหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษที่มีความหมายตรงกัน

ชื่อผู้เขียน (Author) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนชื่อ-นามสกุล และคุณวุฒิทางการศึกษาของผู้เขียน เรียงลำดับตามความมากน้อยของการมีส่วนร่วมในการทำงาน และลงอักษรย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุด ส่วนตำแหน่งหรือยศ และสถานที่ทำงานพิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรก

บทคัดย่อ (Abstract)

ภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด โดยย่อเนื้อหาสำคัญที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ และมีส่วนร่วมประกอบคือวัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ

ภาษาอังกฤษ แปลจากบทคัดย่อภาษาไทย มีขนาดเนื้อหาเหมือนกับบทคัดย่อภาษาไทย

คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือวลีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ช่วยให้ผู้อ่านได้สืบค้นงานวิจัยหรือบทความได้ง่ายซึ่งจะใช้ประมาณ 3-5 คำ

บทนำ (Introduction) อธิบายความเป็นมาที่เป็นปัญหาในการทำวิจัย อ้างทฤษฎีและผลการวิจัยสนับสนุน ชี้ให้เห็นความสำคัญของเรื่องที่ทำ และบอกให้รู้ว่าปัญหาการวิจัยคืออะไร งานวิจัยจะทำสิ่งใด และเพื่อวัตถุประสงค์อะไร

กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual framework) (ถ้ามี) ให้ระบุภาพรวมของงานวิจัยว่ามีแนวคิดที่สำคัญอะไรบ้าง มีการเชื่อมโยง เกี่ยวข้องกันอย่างไร ซึ่งอาจแสดงเป็นแผนภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย (Methodology) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มีของข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย (Result/Finding) อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ได้ ซึ่งอาจมีภาพประกอบ แผนภูมิ ตารางหรือภาพ สื่อในลักษณะอื่นๆ ที่เข้าใจได้ง่าย กรณีที่มีตาราง ให้ระบุ ตารางที่... ไว้เหนือตาราง และระบุที่มาไว้ใต้ตาราง ส่วนกรณีที่มีประกอบ ให้ระบุ ภาพที่... ไว้ใต้ภาพ พร้อมระบุที่มา

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion) อภิปรายและอ้างอิงให้เห็นว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่ในส่วนใด และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากผลการดำเนินงานให้เห็นเป็นรูปธรรม ควรบอกข้อจำกัดของงานวิจัยในครั้งนี้และระมัดระวังการเขียนรายละเอียดหรือแสดงความหมายของข้อมูลซ้ำกับส่วนของของผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เขียนบอกให้ทราบว่านำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ได้อย่างไร หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่เป็นข้อจำกัด หรือที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการศึกษา/วิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง (Reference) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association 6 edition)

2.2 รูปแบบการเขียนบทความวิชาการ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

บทคัดย่อและคำสำคัญภาษาไทย

บทคัดย่อและคำสำคัญภาษาอังกฤษ

เนื้อหาบทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ เนื้อเรื่อง บทสรุป เอกสารอ้างอิง

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

การลงเอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (American Psychological Association) ระบุเฉพาะรายการที่ถูกอ้างอิงในเนื้อหาของบทความเท่านั้น โดยให้เรียงเอกสารภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงมีดังนี้

3.1 การอ้างอิงในเนื้อหา

หลักเกณฑ์การอ้างอิง

1) ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างชาติให้ใส่เฉพาะชื่อสกุล ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้ใส่ทั้งชื่อและนามสกุล ส่วนผู้แต่งคนไทยที่มียศ บรรดาศักดิ์หรือราชทินนาม สมณศักดิ์ ให้ใส่ไว้หน้าชื่อ ตัวอย่าง

..... (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2552, หน้า 20)

..... (McCargo, 2002, pp.102-105)

2) ผู้แต่ง 2 คน ใส่ชื่อผู้แต่ง 2 คน ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา โดยใช้คำว่า “และ” สำหรับผู้แต่งชาวไทย และ “and” เมื่อใส่ผู้แต่งชาวต่างชาติในวงเล็บ แต่ให้ใช้เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งไว้ในวงเล็บ

3) ผู้แต่ง 3 – 5 คน การอ้างอิงครั้งแรกให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน โดยค้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และให้ใส่คำว่า “และ” ก่อนใส่ชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย ส่วนชาวต่างชาติให้ใส่คำว่า “and” เมื่อใส่ผู้แต่งในวงเล็บ และให้ใส่เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งในวงเล็บ เช่น นรากร สารีเหล็ก, พิชัย กันทะชัย, ปรัชญา แก้วแก่น และ ยุทธนา จันทะชิน (2562).....

..... (Pratkanis, Breckler, Mark, & Greenwald, 1989, pp. 23-25)

ในการอ้างอิงซ้ำ สำหรับครั้งแรกของแต่ละย่อหน้าให้ใส่เฉพาะผู้แต่งคนแรก และตามด้วยคำว่า “และคนอื่นๆ” ส่วนผู้แต่งชาวต่างชาติให้ใส่คำว่า “et al.” ต่อด้วยปีพิมพ์ และเลขหน้าตามลำดับ เช่น

..... นรากร สารีเหล็ก และคนอื่นๆ (2562).....

..... (Pratkanis, et al., 1989, pp. 23-25)

4) ผู้แต่ง 6 คน หรือมากกว่า ในการอ้างอิงครั้งแรกและครั้งต่อไป ให้ใส่เฉพาะผู้แต่งคนแรก และคำว่า “และคนอื่นๆ” ส่วนชาวต่างชาติให้ใส่ชื่อสกุลและตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น

พรพิมล ชัยสา และคนอื่นๆ (2560) ได้แสดงให้เห็น.....

Cole et al. (2013, p.36).....

3.2 การอ้างอิงท้ายบทความ

3.2.1 หนังสือทั่วไป

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สถานที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์

เช่น

วิรุณ ตั้งเจริญ. (2553). พลังวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : สันติศิริการพิมพ์.

Strunk, W, & White, E. B. (1979). The elements of style. (3rd ed.). New York: Macmillan.

3.2.2 บทความ/เรื่อง/ตอน ในหนังสือรวมเรื่อง

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือรวมเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์, หน้าที่ปรากฏในบทความ). สถานที่พิมพ์ : ผู้จัดพิมพ์.

เช่น

สุปราณี แฉ่งบำรุง. (2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน. ใน สุปราณี แฉ่งบำรุงและคณะ, บรรณาธิการ. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546 (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 21-26). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ).

Hammond, K. R., & Adelman, L. (1986). Science, values, and human judgment. In H. R. Arkes & K. R. Hammond (Eds.), *Judgement and decision making: An interdisciplinary reader* (pp. 127-143). Cambridge: Cambridge University Press.

3.2.3 หนังสือแปล

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือแปล. แปลจาก ชื่อหนังสือต้นฉบับ. (ครั้งที่พิมพ์, ชื่อผู้แปล). สถานที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์. เช่น

พาร์กินสัน, ซี บอร์โทโคทและรัสตอมจิ, เอ็มเค. (2536). *การบริหารยุคใหม่*. แปลจาก Realities In management. (เร็กซ์คัลดี ปานเจริญ, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.

3.2.4 วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่วิจัยสำเร็จ). ชื่อวิทยานิพนธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา (ระดับ) ชื่อสาขาวิชา, สังกัดของ สาขาวิชา, มหาวิทยาลัย. ถ้านำมาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้ใส่หมายเลขฐานข้อมูลไว้ท้ายสุด

เช่น

ประวิต เอราวรรณ์. (2549). *การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครูในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Young, R. F. (2007). *Crossing boundaries in urban ecology: Pathways to sustainable Cities* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertation & Thesis database. (UMI No. 327681)

3.2.5 รายงานการวิจัย

ชื่อผู้วิจัย. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อรายงานการวิจัย*. (หมายเลขประจำรายงานวิจัย ถ้ามี). สถานที่พิมพ์ : ผู้จัดพิมพ์.

เช่น

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). *รายงานการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพการศึกษาไทย : การวิเคราะห์ห่อหุ้ม (Meta-analysis)*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

3.2.6 บทความวารสาร

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/เดือน). *ชื่อบทความ*. *ชื่อวารสาร*, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

เช่น

อารุง จันทวานิช. (2546). *โรงเรียนสมบูรณ์แบบ*. *วารสารวิชาการ*, 6(1), 20-23.

Chomsky, N., Halle, M., & Harris, Z. (1960). *Toward a generative model of Pig Latin syntax*.

Pigology : Current issues in Pig Latin research, 26(2), 247-289.

3.2.7 หนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/เดือน/วันที่). *ชื่อบทความ*. *ชื่อหนังสือพิมพ์*, เลขหน้าบทความ.

เช่น

ทีมข่าวการศึกษา. (2554, กุมภาพันธ์ 23). *ผ่านร่าง พ.ร.ฎ. ตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ*. *เดลินิวส์*, 12.

Schemo, D. J. (2002, March 8). *More graduates mired in debt, survey finds*. *The New York Times*, A18

3.2.8 อินเทอร์เน็ตหรือเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง. (ปีพิมพ์). *ชื่อเรื่องหรือชื่อบทความจากอินเทอร์เน็ต*. สืบค้นจาก URL หรือตำแหน่งข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต

เช่น

อัคริมา สุ่มมาตย์. (2553). *Plagiarism การโจรกรรมทางวิชาการ*. สืบค้นจาก

<http://www.library.kku.ac.th/kmlib/Mp=1674>

National Renewable Energy Laboratory. (2008). *Biofuels*. Retrieved from

http://www.nrel.gov/learning/re_biofuels.html

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word โดยบันทึกไฟล์เป็นชนิด Word 97-2003 Document (.doc) มีความยาวทุกรายการจำนวนไม่เกิน 15 หน้า ขนาดกระดาษ A4 ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว หรือ 2.54 เซนติเมตร ใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16

4.2 การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบ และ Submission Online ได้ที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

4.3 ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) ส่งจ่าย ปณ.จุมพล 32001 ในนาม บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ส่งรายละเอียดหลักฐานการชำระค่าตีพิมพ์ทางไปรษณีย์ถึง

บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

- 1) อาจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ E-mail : howharn@gmail.com
- 2) กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail : journalrachawadee@gmail.com
- 3) Submission Online ได้ที่ : <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

4.3 การส่งต้นฉบับลงในวารสาร

ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี และฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับทาง E-mail ให้ผู้เขียนทราบภายใน 3 อาทิตย์นับจากวันที่กองบรรณาธิการได้รับต้นฉบับ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบภายใน 3 เดือน แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดบทความที่ตีพิมพ์ได้ที่ระบบวารสาร ที่เว็บไซต์

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>

ใบส่งบทความตีพิมพ์ ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย Digital File (submission ในระบบวารสาร) จำนวน.....แฟ้มข้อมูล

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

ที่อยู่ในการติดต่อ/สถานที่ทำงาน.....

เบอร์โทรศัพท์..... E-Mail.....

มีความประสงค์ขอส่งบทความ เรื่อง :

เผยแพร่ในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงาน Digital File ในระบบวารสาร พร้อมทั้งส่งธนาคัตค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) มาด้วยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือ เคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และยินดี
ปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด ข้าพเจ้าทราบว่าบทความดังกล่าวเป็นลิขสิทธิ์ของ
วารสารต้องได้รับความยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษรจึงจะนำไปใช้ประโยชน์ได้

รายชื่อผู้พิมพ์หลัก

1. (ตัวบรรจง).....

รายชื่อผู้พิมพ์หลัก

2. (ตัวบรรจง).....

3. (ตัวบรรจง).....

4. (ตัวบรรจง).....

5. (ตัวบรรจง).....

ลงชื่อ.....ผู้ส่งบทความ (ผู้พิมพ์หลัก)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์

จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-4451-4422

โทรสาร 0-4451-1737

E-mail: journalrachawadee@gmail.com

ธนาคัตค่าตีพิมพ์บทความ

กรุณาระบุการส่งจ่ายที่ ปณ.จุมพล 32001

ในนาม บรรณาธิการราชวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เอกลักษณ์และอัตลักษณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์



เอกลักษณ์สถาบัน

“สร้างคนจากชุมชน เพื่อตอบสนองระบบสุขภาพชุมชน”

อัตลักษณ์บัณฑิต

“การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์”