

วารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพจาก TCI

ISSN 1906-6813

ISSN 2730-2342 (online)



ราชาวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

VOL. 11 No. 1 January - June 2021





ราชภัฏสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการ

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.วรรณถ พรหมศวร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

อาจารย์สาคร สอนดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

1. ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ผศ.ดร.ชนัญชิดาคุชฎี ฑูลศิริ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

3. ผศ.ดร.จุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

4. ผศ.ดร.สังวรณ์ จัดกระโทก

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 ภิญโญ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

10. อาจารย์อุทัยวรรณ สุกีมานิล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

11. ดร.นพดล พิมพ์จันทร์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางบ่ออี

อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

12. นพ.จะเด็จ ดียิ่ง

โรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

ฝ่ายจัดการ

คุณสุณิสา สำเร็จดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2564 Volume 11 Number 1 January - June 2021

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

ISSN 1906-6813 ISSN 2730-2342 (online)

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย 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 สุรินทร์ได้แก่ บทความวิจัย บทความ
วิชาการ และบทความพิเศษซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าวนานหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออก : ราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

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

การเผยแพร่วารสาร : ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
เท่านั้น ผู้อ่านสามารถติดตามอ่านราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้โดย
ไม่เสียค่าใช้จ่ายติดตามอ่านวารสารที่เว็บไซต์
<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 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2564 ISSN 1906-6813 ISSN 2730-2342 (online)

1	ดร.นพดล	พิมพ์จันทร์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางบ่ออี
2	ดร.แจ่มจันทร์	เทศสิงห์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
3	ดร.สาดี	แฮมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ ประสงค์
4	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.กชพร	สิงห์หล้า	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
5	ดร.นงนภัทร	รุ่งเนย	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
6	ดร.ธานี	กล่อมใจ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
7	ดร.ปาริชาติ	ญาตินิยม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
8	ดร. พิทยา	ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
9	ดร.ฉวีวรรณ	ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
10	ดร.วารุณี	มีเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
11	ดร.วรรณดา	พรหมศวร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
12	ดร.อัจฉราวดี	ศรียศศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
13	ดร.อัศนี	วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
14	ดร. เยาวลักษณ์	มีบุญมาก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
15	ดร.ทักษิภา	ชัชวรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
16	ดร. กิตติภูมิ	ภิญโญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
17	ดร. จุฬารัตน์	ตั้งภักดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
18	นางสุนทรี	สิทธิสงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
19	ดร. นุสรรา	ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ ประสงค์
20	ดร.ณัฐวรรณ	คำแสน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วารสารกลุ่มที่ 2 : วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

สารจากบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่าน ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ วารสารฉบับนี้เป็นฉบับแรกของปี 2564 ซึ่งเรายังต้องเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปีนี้เราหวังว่าจะผ่านพ้นวิกฤตของการระบาดของโรคระบาด COVID-19 ได้อย่างปลอดภัย เนื่องจากความหวังที่จะได้รับวัคซีนในเร็ววัน จากสถานการณ์ที่ผ่านมาทำให้เราได้เตรียมตัว ปรับตัว ปรับวิถีชีวิตแบบ New Normal อันจะทำให้เราสามารถผ่านวิกฤตในครั้งนี้ได้

สำหรับเนื้อหาสาระในฉบับแรกนี้เป็นบทความวิจัย จำนวน 9 เรื่อง ที่น่าสนใจ ทันสมัย เช่น บทความประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์ บทความด้านการศึกษาพยาบาล เช่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลของการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ต่อการตระหนักรู้ในตนเองและการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาพยาบาล และการทบทวนขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย บทความจากการปฏิบัติพยาบาลทั้งบนหอผู้ป่วย และชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืดในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ และปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค Kawasaki disease: บทบาทที่ทำนายของพยาบาล กรณีศึกษา: Complete Kawasaki disease และความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ให้การสนับสนุนราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ทั้งคณะผู้บริหาร คณาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ โดยเฉพาะท่านผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความต้นฉบับ ขอขอบคุณนักวิจัยผู้ส่งต้นฉบับทุกท่านที่เลือกราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานที่มีคุณภาพของท่าน ทั้งนี้ ท่านสามารถเข้าถึงวารสารรูปแบบออนไลน์ได้ทางเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin> แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ
บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
● ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์ วัชรวิงค์ หวังมันน์ ดวงกลม ปิ่นเฉลียว และทิพย์ขัมพร เกษโกมล	1
● ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืดในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา สุวรรณา จิตต์วรารักษ์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ	15
● การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ และปานเพชร สกุลคุ	27
● ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เรืองฤทธิ์ ไทรพันธ์ และกตกร ประสารวรรณ	40
● ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยวิษฐา สุขวาสนะ, อรพินท์ สีขาว และทวีศักดิ์ กสิผล	52
● ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ อนัญญา ลาลุน และบษพร วิรุณพันธ์	66
● การทบทวนขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย วิรงค์รอง ชมพูนิง, สุภาวดี นพจุจินดา และทิวา มหาพรหม	81
● ผลของการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ต่อการตระหนักรู้ในตนเองและการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาพยาบาล อติพร ทองหล่อ	91
● ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้สูงอายุในชนบทที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สุพิตรรา เศลวัตนะกุล	107
บทความวิชาการ	
● การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค Kawasaki disease: บทบาทที่ทำนายของพยาบาล กรณีศึกษา: Complete Kawasaki disease วรุฒิ แสงทอง, สุชาดา นิ่มวัฒนากุล, ศุภรดา มั่นยืน และเพ็ญแข ดิษฐบรรจง	117
● ความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เสาวนีย์ ทรงประโคน	134
คำแนะนำในการตีพิมพ์	144

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับ
แอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์

วัชรวิงค์ หวังมัน, พย.บ.*

ดวงกมล ปนเฉลียว, พย.ม.**

ทิพย์ฉมพร เกษโกมล, ประ.ด.***

Received : December 25, 2020

Revised : May 5, 2021

Accepted : May 14, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาลต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลหญิงที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 จำนวน 40 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ และ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ (1) แบบทดสอบความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ (3) แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .83, .88 และ .93 ตามลำดับ หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ 0.96 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับนักศึกษาหญิงสถาบันการศึกษาอื่น เพื่อเพิ่มความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมอย่างถูกต้องต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ การรับรู้ความสามารถ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แอปพลิเคชันไลน์
นักศึกษาพยาบาล

* นักศึกษบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผู้ให้การติดต่อ e-mail : watchareewong2519@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*** รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร., กลุ่มงานอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

The Effectiveness of Self-Efficacy Enhancing Program with Line Application on Breast Self-Examination of Nurses Student Boromrajonnani Nursing College, Surin

Watchareewong Wangmun, B.N.S.^{*}

Duangkamol Pinchaleaw, M.N.S.^{**}

Thipkhamporn Keskomon, Ph.D.^{***}

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a self-efficacy enhancing program with line application for student nurses on knowledge of breast cancer and breast self-examination, self-efficacy, and breast self-examination behaviors. The sample were 40 females first year female nursing students of bachelor's degree in nursing science, selected by the simple random sampling technique and they were divided into the experimental (20) and comparative (20) groups. The research instruments included: 1) the self-efficacy enhancing program with line application (which was) developed based on the self-efficacy concepts of Bandura (1997). The duration of the program was 8 weeks. 2) knowledge of breast cancer and breast self-examination, self-efficacy, and breast self-examination behaviors questionnaires. The research instruments had been validated by reliabilities and content validity. The reliabilities of these questionnaires were .83, .88 and .93, respectively. The content validity of knowledge of breast cancer and breast self-examination were 0.96 and the content validity of program were 0.99. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The results revealed as follows: After attending the program, the scores of knowledge of breast cancer and breast self-examination, and self-efficacy, breast self-examination behaviors of the experimental group were significantly higher than before attending the program, as well as these results, were higher than the scores of comparative groups ($p < .05$).

Recommendations for applying the research results can be applied to female students of other institutions to increase knowledge of breast cancer and breast self-examination skills. Medical practitioners ought to hold training programs for females students on how to perform self-breast examination and to have it examine by the doctor if there are unusual lumps.

Keywords: Knowledge, Self-efficacy, Breast self-examination behavior, Line Application, Student nurse

บทนำ

* Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University;

Corresponding Author e-mail: watchareewong2519@gmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

*** Associate Professor Dr., Police Nursing College

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2018 พบอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมรายใหม่ในสตรีถึง 46.3 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตาย 13.0 ต่อประชากรแสนคน มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายของสตรีใน 10 อันดับแรก (World Health Organization, 2019) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560-2562 พบอุบัติการณ์ของการเป็นมะเร็งเต้านมในสตรี 13.2, 13.8 และ 14.1 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านม เท่ากับ 12.6, 13.3 และ 13.9 ต่อประชากรแสนคน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จะเห็นว่า อัตราการเป็นมะเร็งเต้านมและอัตราการเสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบมะเร็งเต้านม มากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งตับ ท่อน้ำดีในตับ และหลอดลมคอหรือปอด คิดเป็น 18.7 12.2 และ 9.7 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ในจังหวัดสุรินทร์ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557-2559 พบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมเท่ากับ 4, 18 และ 21 รายต่อประชากรแสนคน (ศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลสุรินทร์, 2560) จะเห็นได้ว่า มะเร็งเต้านมมีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสตรีในจังหวัดสุรินทร์

มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกจะไม่แสดงอาการเจ็บปวด หากคลำพบก้อนเล็กๆ ที่เต้านม แต่หากอยู่ในระยะที่ลุกลามจะแสดงอาการผิดปกติให้เห็นชัดเจน (American Cancer Society, 2019) โรคมะเร็งเต้านม นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีที่เป็นทั้งด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและประเทศชาติสูญเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศ (นรินทร์ วรวิทย์, 2556) จากการศึกษาด้วยการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) พบว่า สตรีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามน้อยลง สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทุกคน ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (American Cancer Society, 2019) อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่าสตรียังมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมทุกเดือนน้อย การที่สตรีไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองมีสาเหตุหลายประการ เช่น ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง (Satitvipawee, et al., 2009) และพบว่าการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูง จะมีผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สรารัตน์ ตรีกุลรัมย์ และจรรุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, 2562) ซึ่งแบนดูราได้กล่าวว่าการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้นั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Bandura, 1997) ซึ่งอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แนวทาง ได้แก่ 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การได้เห็นการทํากิจกรรมของตัวแบบ 3) การประสบความสำเร็จในการลงมือทํากิจกรรมนั้นด้วยตนเอง และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์โดยการเสริมแรงทางบวก หลายการศึกษาได้นำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มาประยุกต์ใช้ เพื่อเพิ่มความสามารถและความมั่นใจแก่สตรีในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อาทิ การศึกษาของสรารัตน์ ตรีกุลรัมย์ และจรรุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ (2562) ที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 45-54 ปี ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้โรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และ นวรัตน์ โมล วิภาต (2561) ที่ศึกษาความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มสตรีที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มสตรีวัยรุ่น สตรีกลุ่มเสี่ยง และสตรีวัยผู้ใหญ่ทั่วไป สำหรับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในบุคลากรทางสาธารณสุข ดังนั้นจึงควรได้รับการปลูกฝังให้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องรณรงค์ให้บังเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยให้ความรู้และฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งนอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษาในการค้นหาความเสี่ยงในระยะแรกเริ่มด้วยตนเองแล้ว ยังเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ (เอมอร ชินพัฒนพงศ์ และกนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, 2557) ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของสุดาสิณี สุทธิฤทธิ์ (2560) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการสื่อสาร ให้ความรู้/ข้อมูล กระตุ้นเตือน ชักชวน สอบถามปัญหาอุปสรรค และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มขึ้น และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนำไปสู่การมีพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอ และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายเชิงนโยบายสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์

1. ให้ความรู้ และฝึกทักษะ

1.1 คู่มือทัศน์ ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค ผลกระทบต่อสุขภาพ การป้องกัน และการรักษา และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1.2 สาธิตและฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1.3 มอบสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2. เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตน

2.1 การชักจูงด้วยคำพูด: พูดชักจูงให้ตระหนักถึงอันตรายของมะเร็งเต้านม ใช้คำพูดเพื่อให้เชื่อว่า มีความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ จับคู่ ชักชวนกันตรวจเต้านมตามเป้าหมายที่กำหนด

2.2 การใช้ตัวแบบหรือสัญลักษณ์: ใช้ตัวแบบมีชีวิตทั้งด้านบวกและด้านลบ อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2.3 การกระตุ้นทางอารมณ์: สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ให้เสริมแรงโดยกล่าวชมเชยให้กำลังใจ แก่ผู้ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2.4 การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ: ใช้คู่ที่สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ตามเป้าหมาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

3. การใช้แอปพลิเคชันไลน์

3.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นเอกสารผ่านพบ ทัศน์ กระตุ้นเตือน ชักชวน/จูงใจให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองทางไลน์

3.2 ให้กำลังใจ ชมเชย ผ่านข้อความ และสติ๊กเกอร์

3.3 ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง

- ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง
- พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลองภายหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จำนวน 104 คน และวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 100 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2562 ซึ่งไม่เคยผ่านการเรียนการสอนเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ไม่เคยพบก้อนที่เต้านมและเป็นมะเร็งเต้านม มีโทรศัพท์มือถือในระบบปฏิบัติการ iOS หรือ Android และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis (Cohen, 1988) กำหนดขนาดของอิทธิพลจากงานวิจัยของสราวิรัตน์ ตระกูลรัมย์ และจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ (2562) ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 25.7 ($SD = 2.1$) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 23.8 ($SD = 2.3$) มาคำนวณค่าอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ 0.86 เมื่อกำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นที่ alpha เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน โดยกำหนดให้กลุ่มทดลองคือ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จำนวน 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 20 คน ทั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ประกอบด้วย

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2564) หน้า 5

ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) ตัวแบบสัญลักษณ์ (Vicarious experience: Modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) บุรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองทั้งหมด 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ **1. ให้ความรู้ และฝึกทักษะ** 1.1 คู่มือทัศน ให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค ผลกระทบต่อสุขภาพ การป้องกัน และการรักษา 1.2 สาธิตและฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 1.3 มอบสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง **2. เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตน** 2.1 การชักจูงด้วยคำพูด : พูดชักจูงและใช้คำพูดให้เชื่อว่ามีสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ จับคู่บัดดี้ ชักชวนกันตรวจเต้านมตามเป้าหมายที่กำหนด 2.2 การใช้ตัวแบบหรือสัญลักษณ์ : ใช้ตัวแบบมีชีวิตทั้งด้านบวกและด้านลบ อภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2.3 การกระตุ้นทางอารมณ์ : สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ให้แรงเสริมแก่ผู้ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2.4 การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ : ใช้คู่ที่สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ตามเป้าหมาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง **3. การใช้แอปพลิเคชันไลน์** 3.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นเอกสารแผ่นพับ วิดีทัศน์ สอบถามปัญหา กระตุ้นเตือน ชักชวน/จูงใจให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองทางไลน์ 3.2 ให้กำลังใจ ชมเชย ผ่านข้อความและสติ๊กเกอร์ 3.3 ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย อายุ ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของสมาชิกในครอบครัว ประวัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความถี่ในการตรวจ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและแหล่งที่ได้รับข้อมูล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

2.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของประยูรศรี สุนันโณ (2551) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 25 ข้อ มีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้ ใช่ หมายถึง มีความคิดเห็นว่าเป็นข้อความที่ถูกต้อง ไม่ใช่ หมายถึง มีความคิดเห็นว่าเป็นข้อความที่ไม่ถูกต้อง การคิดคะแนน ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

2.3. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองของ ประยูรศรี สุนันโณ (2551) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 16 ข้อ โดยเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2.4. แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่พัฒนาโดยประยูรศรี สุนันโณ (2551) ลักษณะคำถามเป็นแบบ เลือกตอบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และคู่มือการใช้โปรแกรมฯ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา สำนวนภาษา และความเหมาะสมของรูปแบบ ระยะเวลา แผนกิจกรรม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแบบทดสอบ

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ 0.96 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯ เท่ากับ 0.90

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งของสถาบันพระบรมราชชนก และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้ Kuder-Richardson 20 (KR-20) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83, .88 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย ซึ่งได้รับการรับรองตามเอกสารรับรองเลขที่ NS No. 5/2563 ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ และขั้นตอนการวิจัย หลังจากนั้นขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย สอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. เตรียมสถานที่ดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 เตรียมผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย เตรียมผู้วิจัย โดยศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ และแนวคิดเกี่ยวกับแอปพลิเคชันไลน์ มีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล 2 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 คัดเลือกตัวแบบมีชีวิต จำนวน 1 คน ได้แก่ เป็นสตรีที่เคยพบก้อนเนื้อผิดปกติจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม จากการคลำพบก้อนที่เต้านมในระยะเริ่มแรก โดยเป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการรักษาหรือเป็นผู้ที่รักษาหายแล้ว มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค และวิธีแก้ไข

1.3 ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของวิทยาลัยพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าพบกับผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลฯ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.4 ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอพบอาจารย์พยาบาลประจำชั้นปี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดวิธีการเก็บข้อมูลและการดำเนินการตามแผนกิจกรรม การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอรายชื่อนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.5 นัดพบนักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับและขั้นตอนการวิจัย หลังจากนั้นขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย สอบถามความยินยอมใน

การเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารยินยอม

1.6 แจกกลุ่มเปรียบเทียบนัดพบที่ห้องเรียน ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 ส่วนกลุ่มทดลองแจ้งให้ทราบว่า ต้องเข้าร่วมกิจกรรมที่ห้องเรียน จำนวน 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 8 พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลา ในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งแรก

2. การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมที่ให้ป็นรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง ห้องประชุมกลุ่มย่อยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินแบบสอบถามก่อนทดลอง ให้ดูวิดีโอทัศน์และบรรยายเพิ่มเติมให้ครอบคลุม ถึง สาเหตุของมะเร็งเต้านม การตรวจค้นหามะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ชมวิดีโอทัศน์ เรื่อง “ศิริราช The Life [by Mahidol]” และบรรยายเพิ่มเติมให้ครอบคลุม พูดชักจูงให้ตระหนักถึงอันตรายของมะเร็งเต้านม และเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างค้นหาความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของตนเอง ผู้วิจัยทบทวนสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม จัดตั้งกลุ่มไลน์ ชื่อ “B Love” เพื่อใช้สื่อสารระหว่างสมาชิกและเป็นแรงสนับสนุนจากเพื่อน กระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำให้กำลังใจ และชักจูงให้ปฏิบัติกิจกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ไลน์ และพรบ. ความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ทำกิจกรรมสนทนาการ และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยดูวิดีโอทัศน์ “สาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทำได้ง่ายๆ กับหมอศิริราช” ของ Mahidol Channel (2558) บรรยาย และสาธิตการตรวจเต้านมโดยใช้หุ่นจำลอง ฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 3 ท่า แจกสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อธิบายบันทึกและวิธีการบันทึก และให้ทดลองบันทึก ย้ำการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน และส่งผลการตรวจเต้านมทางไลน์กลุ่ม โดยสมาชิกให้แรงสนับสนุนโดยกล่าวชมกรณีผลการตรวจปกติ ทางไลน์ผ่านข้อความ ส่งวิดีโอทัศน์หรือเอกสารเกี่ยวกับอันตรายของมะเร็งเต้านม เพื่อชักจูงให้ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทำกิจกรรมสนทนาการ นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 3 ปฏิบัติพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่หูกัน ซักชวนกันตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน โดยการเตือนผ่านข้อความ และสติ๊กเกอร์ หลังจากหมดประจำเดือน (7 วัน) ทั้งทำยื่นหน้ากระจก ทำนั่งหรือยืน และขณะอาบน้ำ และบันทึกผลการตรวจในสมุดบันทึก แจกผลการตรวจทางกลุ่มไลน์ โดยมีสมาชิกในกลุ่มให้แรงเสริมทางไลน์ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และส่งวิดีโอทัศน์วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อเป็นการทบทวนและเพิ่มความมั่นใจให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยมีสมาชิกในกลุ่มไลน์และผู้วิจัยร่วมชี้แนะ ให้คำแนะนำหรือแนวทางในการแก้ปัญหา

สัปดาห์ที่ 4 ประเมินความถูกต้องและผลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้ตัวแบบมีชีวิตเล่าประสบการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้การเสริมแรงด้วยการกล่าวชมเชย ให้มีความเชื่อมั่น และติดตามการให้แรงสนับสนุนทางไลน์

สัปดาห์ที่ 5 – 7 ปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่บ้านวิธีเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 8 เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ประเมินแบบสอบถามหลังทดลอง
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที่ พบว่า มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ หลังจากนั้นเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 19.45 และ 20.95 ปี ทั้งสองกลุ่มมีอายุ 19 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 60.0 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 95 และ 90 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 55 และแหล่งที่ได้รับข้อมูลมากที่สุด คือ จากการอบรม และอินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 90 และ 60 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 90 จากแหล่งข้อมูล คือ อินเทอร์เน็ต มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาจากการอบรมและสื่อโปสเตอร์ ร้อยละ 20

2. คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)			Independent t-test	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนทดลอง	12.65	4.17	ต่ำ	14.40	4.78	ต่ำ	-1.233	.603
หลังทดลอง	20.95	1.93	สูง	16.65	3.68	ปานกลาง	4.618	.039*

* p-value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านม ($M = 20.95$, $SD = 1.93$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 16.65$, $SD = 3.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. คะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)			Independent	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	t-test	
ก่อนทดลอง	4.04	.68	มาก	4.28	.54	มาก	-1.246	.221
หลังทดลอง	4.71	.21	มากที่สุด	4.23	.30	มาก	5.769	.000*

* $p\text{-value} < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($M = 4.71$, $SD = .21$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 4.23$, $SD = .30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)			Independent	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	t-test	
ก่อนทดลอง	18.25	7.11	น้อย	22.80	7.33	ปานกลาง	-1.993	.053
หลังทดลอง	31.70	4.07	มาก	28.85	4.20	มาก	2.181	.035*

* $p\text{-value} < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($M = 31.70$, $SD = 4.07$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 28.85$, $SD = 4.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์ อภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์ อยู่ระดับมากที่สุด ($M = 20.95$, $SD = 1.93$) ซึ่งหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ อธิบายเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และฝึกทักษะผ่านกิจกรรมการดูวิดีโอ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ทราบสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง รวมถึงแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สาธิตการตรวจเต้านมจากหุ่นจำลองเต้านม และแบ่งให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านม ซักถามข้อสงสัย จนทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจและมีความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ที่สำคัญคือในโปรแกรมนี้มีการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ร่วมด้วยทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้ผ่านช่องทางหลากหลาย การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งการจัดกิจกรรมในรูปแบบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของสรวรรณ์ ตระกูลรัมย์ และจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ (2562) ที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 45-54 ปี ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้โรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และนวรรณ์ โมลวิภาต (2561) ศึกษาความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการศึกษาการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ความสามารถของตนเองทั้งนี้ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ โดยมีกิจกรรม *การสร้างประสบการณ์* การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น โดยผ่านการดูวิดีโอ และใช้ตัวแบบที่มีชีวิต การสาธิตการตรวจเต้านมจากผู้มีประสบการณ์ตรง ซึ่งการมีตัวแบบที่ 2 จะมีผลต่อความรู้สึกว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผ่านการสนทนา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน (วรรณภา ปาณาราช, กนกพร

หมู่ พัยค์ และปนัดดา ปริญญ, 2557) การสร้างประสบการณ์ดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของตนเองเนื่องจากการได้รับประสบการณ์ตรง ส่งผลต่อการรับรู้ว่าจะทำได้สำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง และบุคคลจะเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ (Bandura, 1997) และมีการชักจูงและกระตุ้นทางอารมณ์โดยใช้คำพูดให้กลุ่มทดลองจับคู่กัน ช่วยกันกระตุ้นและชักจูงกันฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่ถูกต้อง และกลุ่มทดลองที่เป็นคู่กัน ชักชวนกันตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน โดยการเตือนผ่านข้อความและสติ๊กเกอร์ เน้นย้ำการปฏิบัติพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน และส่งผลการตรวจเต้านมทางไลน์กลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ว่าจะตนเองก็สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี บุญวรรณ, ขนิษฐานาคะ และวิภาวี คงอินทร์ (2554) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะและความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

3. ผลการศึกษาพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก ซึ่งหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์มีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 ผลการศึกษานับสนับสนุนแนวคิดของแบนดูรา (1997) ที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง และมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการกระทำสูง จะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มของการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ สูงด้วย โดยการที่จะมีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูงขึ้นกับปัจจัย 4 ประการ ได้แก่ การประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การใช้คำพูดจูงใจ (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) จากแนวคิดดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง ซึ่งมีผลต่อการมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ชมวิดีโอที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีการฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งมีตัวแบบสตรีวัยทำงานที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วพบก้อน ที่ประสบความสำเร็จ มีการสร้างประสบการณ์ตรง และการกระตุ้นทางอารมณ์ การได้รับคำแนะนำ และติดตามกระตุ้นเตือนให้สมาชิกตรวจเต้านม ผ่านข้อความทางไลน์กลุ่ม มีการเสริมแรง กำลังใจ ซึ่งการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อเป็นการให้กำลังใจ และเสริมแรง การกล่าวชื่นชมเมื่อก่อนกลุ่มทดลองสามารถฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ด้วยสติ๊กเกอร์ไลน์ หรือข้อความเชิงบวก และสามารถซักถามปัญหาในการปฏิบัติการทำกิจกรรม ผ่านกลุ่มไลน์ตลอดเวลา เป็นกลยุทธ์หนึ่งซึ่งเป็นการชักจูงและกระตุ้นทางอารมณ์ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม (สุดาสิณี สุทธิฤทธิ์, 2560) ซึ่งเมื่อได้รับการส่งเสริมให้รับรู้ความสามารถในตนเองสูงจึงส่งผลต่อการมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น รู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมตรวจเต้านมดีขึ้น กลุ่มนักศึกษาพยาบาลเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน การที่นักศึกษาพยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม

นมด้วยตนเอง จะเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากนักศึกษาพยาบาล ถือเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง ที่จะช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้ไปสู่ทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ผู้บริหารสถานศึกษาเล็งเห็นความสำคัญในการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อจัดหาสื่อที่ทันสมัยเกี่ยวหุ่นจำลองเต้านม ควรมีกำหนดแผนงาน โครงการสนับสนุนส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดทักษะและมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากการใช้สื่อได้ถูกต้องเหมาะสม

2. โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับนักศึกษาหญิงสถาบันการศึกษาอื่น เพื่อเพิ่มความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาทำการทดลอง 8 สัปดาห์ ซึ่งพบว่า สามารถมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมได้อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาต่อไปควรมีการติดตามผลในระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาวเพื่อเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในพฤติกรรมการตรวจเต้านม

2. ในการวิจัยครั้งต่อไปทำการศึกษายาวผลไปยังกลุ่มเป้าหมายในระดับสตรีที่เป็นประชาชนทั่วไป และในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เช่น อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2562). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562*. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- นรินทร์ วรุดม. (2556). *มะเร็งเต้านม มหันตภัยร้ายใต้ทรงอก*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เพชรประกาย.
- น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และนวิรัตน์ โกมลวิภาต. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาหญิงระหว่างกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(4), 68-78.
- ประยูรศรี สุนันโน. (2551). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 - 60 ปี ในเขตเทศบาลตำบลลาดแค อำเภอนนทบุรี จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา.
- มยุรี บุญวรรณ, ขนิษฐา นาคะ และวิภาวี คงอินทร์. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะและความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(1), 17-24.

- วรรณภา ปาณาราช, กนกพร หมู่พยัคฆ์ และปนัดดา ปรียทฤณ. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(3), 52-63.
- ศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลสุรินทร์. (2560). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล. โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์.
- สุดาสินี สุทธิฤทธิ์. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สรารัตน์ ตระกูลรัมย์, และจารุวรรณ ไตรทิพย์ สมบัติ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริม การตรวจ เต้านมด้วยตนเองของสตรี อายุ 45-54 ปี ในเขตชุมชนบ้านห้วยจรเข้ม ตำบลหินลาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 24(2), 46-56.
- เอมอร ชินพัฒนพงษ์ศา และกนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์. (2557). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมตนเองของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(3), 14-29.
- American cancer society. (2019). *About breast cancer*. Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/how-common-is-breast-cancer.html>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Cohen J. (1988) Set correlation and contingency tables. *Apply Psychology Measurement*. 12(4), 425-434.
- Satitvipawee, P., Satitvipawee, P., Promthet, S., Pitiphat, W., Pitiphat, W., Kalampakorn, S., ... & Parkin, D. M. (2009). Factors associated with breast self-examination among Thai women living in rural areas in Northeastern Thailand. *Journal of The Medical association of Thailand*, 92(12), 29.
- World Health Organization. (2019). *Breast cancer*. Retrieved from <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/en/>

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืดในคลินิกโรคหอบหืด
โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา

สุวรรณ จิตต์วรารักษ์, พย.บ.*

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศษ.ด.**

Received : October 31, 2020

Revised : May 4, 2021

Accepted : May 14, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืดในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหืด จำนวน 129 คน ใช้สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเชื่อในศักยภาพของตนเอง การรับรู้ความเจ็บป่วย การสร้างพลังอำนาจจากคนใกล้ชิด การจัดการสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่าง .67 – 1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.98, 0.70, 0.96, 0.91 และ 0.92 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบทีละขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืดในคลินิกโรคหอบหืดโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.27, SD = 0.68$) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ พบว่า ปัจจัยด้านการสร้างพลังอำนาจจากบุคคลใกล้ชิด ($Beta = 0.469$) ความเชื่อในศักยภาพของตนเอง ($Beta = .267$) และการจัดการสิ่งแวดล้อม ($Beta = 0.247$) สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดได้ร้อยละ 67.50 ($adj.R^2 = 0.675$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ควรนำปัจจัยการสร้างพลังอำนาจจากคนใกล้ชิดไปจัดกิจกรรม เช่น กิจกรรมเพื่อนสอนเพื่อน กิจกรรมเพื่อนต้นแบบ เพื่อส่งเสริมและปรับเปลี่ยนกิจกรรมการรักษาพยาบาลทั้งในเชิงรับและเชิงรุกเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยหืด คลินิกโรคหอบหืด

* โรงพยาบาลควนเนียง สงขลา

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา; ผู้ให้การติดต่อ e-mail : jock2667@gmail.com

Factors Associated with Self-Care Behavior of Asthma Patients
In Asthma Clinic of Khuanniang Hospital, Songkhla Provinces

Suwanna Jitwarawong, B.N.S.*

Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.**

Abstract

This prediction research was aim to study self-care behaviors and Factors associated with self-care behavior of asthma patients in the Asthma Clinic of Khuanniang Hospital, Songkhla Provinces. Samples were 129 patients who were stratified sampling with replacement from patients with asthma. Instruments used for data collection were demographic form, perception of self-potential, perception of illness, perception of empowerment from intimated friends, environmental management, and self-care behavior questionnaire in which were validated by a panel of three experts. Index of congruence between .67 - 1.00 and Cronbach's Coefficient were .98, .70, .96, .91 and .92, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and multiple linear regression.

Results were as follows. Overall, the self-care behavior of asthma patients was at a moderate level ($M = 3.27$, $SD = 0.68$). Results from multiple linear regression revealed that perception of empowerment from close people (Beta = .469, perception of self-potential (Beta = .267), with environmental management (Beta = .247) together can predict self-care behavior of asthma patients with 67.50% (adj.R2 = .675) with statistical significance .001.

In summary, both active and passive health promotion activities for asthma patients should modify the empowerment from intimated friends such as peer-assisted learning or role model.

Keywords : Self Care Behavior, Asthma Patients, Asthma Clinic

*
Khuanniang Hospital

**
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla; Corresponding author e-mail: jock2667@gmail.com

บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่มีอาการหลากหลาย (Heterogeneous Disease) มีลักษณะการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม โดยอาการที่พบ ได้แก่ หายใจเสียงหวีด หอบเหนื่อย แน่นหน้าอกและอาการไอ ทั้งนี้อาการอาจกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2559) โรคหืดจึงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมโรคได้ทั้งการใช้ยาและการจัดการระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (World Health Organization: WHO, 2013)

ทั้งนี้ปี พ.ศ. 2556 องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการผู้ป่วยโรคหืด ประมาณ 235 ล้านคน โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยเด็กและในประเทศที่ยากจน (WHO, 2013) และการคาดการณ์กันว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 100 ล้านคน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของคนในสังคมที่เปลี่ยนไป จากรายงานขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าอัตราการตายด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคหืดคิดเป็นร้อยละ 10 ของอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อทั้งหมด ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายให้ลดอัตราตายลงอีกร้อยละ 25 โดยให้เหลือไม่เกินร้อยละ 7.5 ภายใต้การดำเนินงานโดยยึดหลักการความร่วมมือของทุกภาคส่วน การเข้าถึงวิถีชีวิต การพัฒนาความเข้มแข็งระบบสุขภาพ ตลอดจนการเสริมสร้างพลังอำนาจและชุมชน (WHO Regional Office South-East Asia, 2013)

ในประเทศไทย พบโรคหืดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของคนไทยปัจจุบันพบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคหืดมากถึง 3 ล้านคน โดยพบในเด็กประมาณร้อยละ 10 - 12 และผู้ใหญ่ร้อยละ 6.9 (สิริรัตน์ ลีลาจรัส และสุนารี เจริญวิทยากิจ, 2558) ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ใหญ่ต่อคนคิดเป็น 16,287.27 บาทต่อปี โดยเป็นค่าใช้จ่ายทางตรง 15,299.87 บาทต่อปี และทางอ้อม 987.40 บาทต่อปี (Trakultivakorn, 2012) สำหรับโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 จำนวน 288 คน โดยโรคหืดเป็นโรคที่พบใน 5 อันดับแรกของโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การทำสวนยางพารา (โรงพยาบาลควนเนียง, 2559)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบประเด็นที่ทำให้เกิดความแตกต่างของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ดังนี้ จากการศึกษาของสารณี พุฒคง, อรสา พันธุ์ภักดี, พรทิพย์ มาลาธรรม และธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (2554) พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุ 60 – 90 ปี สามารถควบคุมโรคหืดได้ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 71.8 และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้การควบคุมโรคหืดของผู้สูงอายุโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การศึกษาของเกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร (2555) และการศึกษาของมยุรี คุณเลิศ (2557) พบว่า การได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาและการพ่นยาจากเภสัชกร และการได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลต่ออัตราการมารับบริการ อัตราการนอนในโรงพยาบาลและอัตราผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงลดลง เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการรักษาในคลินิกโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา พบปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการรับบริการในคลินิกเนื่องจากผู้ดูแลต้องทำงานไม่มีเวลาพามาโรงพยาบาลและมีการใช้ยาไม่ถูกต้อง อีกทั้งอำเภอควนเนียง ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา เพื่อเป็น

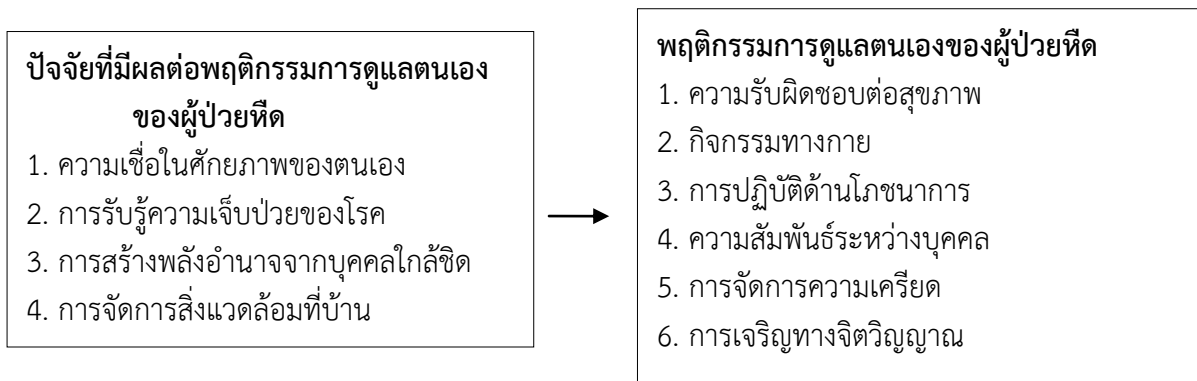
ข้อมูลในการวางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการในโรงพยาบาลควนเนียงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเชื่อในศักยภาพของตนเอง การรับรู้ความเจ็บป่วยของโรค การสร้างพลังอำนาจจากบุคคลใกล้ชิด และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้อย่างสมบูรณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกๆ ด้าน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย การปฏิบัติด้านโภชนาการ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) และด้านการจัดการความเครียด ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดอาจได้จากหลายปัจจัย โดยในการศึกษาครั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรที่สามารถนำมาปรับปรุงได้แก่ ความเชื่อในศักยภาพของตนเองการรับรู้ความเจ็บป่วยของโรคการสร้างพลังอำนาจจากบุคคลใกล้ชิดและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Design)

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด (Asthma) จากแพทย์ และมารับบริการในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 215 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีอายุ

18 - 60 ปี และ 2) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 3) สามารถอ่านตอบแบบสอบถามได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เหนือการคัดออก ได้แก่ 1) มีโรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ร่วมด้วย และ 2) ผู้ป่วยติดเตียง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด (Asthma) จากแพทย์ และมารับบริการในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 129 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 4 ตัวแปร

การสุ่มตัวอย่าง (Random sampling) การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) จากการกำหนดสัดส่วนประชากรในแต่ละตำบล จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างโดยหยิบลากแล้วไม่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วย อาชีพ การมีผู้ดูแล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) การปฏิบัติด้านโภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การจัดการความเครียด 6) การเจริญทางจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ้น 19 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหอบหืดของบุตร (ลัดดา อิมทองใบ, 2543) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ด้านความเชื่อในศักยภาพของตนเอง จำนวน 7 ข้อ ด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยของโรคจำนวน 7 ข้อ ด้านการสร้างพลังอำนาจจากบุคคลใกล้ชิดจำนวน 7 ข้อ และด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมจำนวน 7 ข้อ รวมทั้งสิ้น 28 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามตอนที่ 2 และตอนที่ 3 เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนนซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากปฏิบัติ/มีความคิดเห็นมากที่สุดให้คะแนนเต็ม 5 คะแนน ถึงปฏิบัติ/มีความคิดเห็นน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืดและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืดและใช้เกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตน์ (2560) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 ผู้ป่วยหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี/ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 ผู้ป่วยหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อย/ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 ผู้ป่วยหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง/ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 ผู้ป่วยหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี/ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 ผู้ป่วยหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีมาก/ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน แล้วนำมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้านความเชื่อในศักยภาพของตนเอง เท่ากับ 0.98 ด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยเท่ากับ 0.70 ด้านการสร้างพลังอำนาจจากคนใกล้ชิดเท่ากับ 0.96 ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 0.91 และค่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บแบบสอบถาม
2. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 20 กุมภาพันธ์ – 30 มีนาคม 2564 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อคำถามในแบบสอบถาม และการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในคลินิก โรงพยาบาลควนเนียง โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร อ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะใช้วิธีการอ่านให้ฟังจนเข้าใจแล้วจึงให้เลือกตอบ จากนั้นเก็บข้อมูลกลับคืนด้วยตนเอง
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาพบว่าได้รับแบบสอบถามมาทั้งหมด 129 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 และแบบสอบถามสมบูรณ์ 129 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
 2. วิเคราะห์ ความเชื่อในศักยภาพของตนเอง ด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยของโรค ด้านการสร้างพลังอำนาจจากบุคคลใกล้ชิด และด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ในคลินิกโรคหอบหืดโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา โดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) แบบทีละขั้นตอน (Stepwise) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้
- 3.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่าการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3

3.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า Tolerance ระหว่าง.468-.665 และค่า VIF ระหว่าง 1.503-2.139

3.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.859

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้หมายเลขรับรอง 2/2563 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.9 เพศชายจำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.1 อายุเฉลี่ย 52.7 ปี ($SD = 14.86$) ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 16.83 ปี ($SD = 11.60$) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.9 รองลงมาคือประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.1 และไม่ประกอบอาชีพจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.4 การมีผู้ดูแล จำนวน 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.6 และไม่มีผู้ดูแลจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	34.1
หญิง	85	65.9
อายุเฉลี่ย 52.7 ปี, $SD = 14.86$		
ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 16.83 ปี, $SD = 11.60$		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	54	41.9
รับจ้าง	53	41.1
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	4.7
ไม่ประกอบอาชีพ	16	12.4
การมีผู้ดูแล		
มี	122	94.6
ไม่มี	7	5.4

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.27$, $SD = 0.68$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($M = 3.75$, $SD = 0.75$) รองลงมาได้แก่ การจัดการความเครียด ($M = 3.52$, $SD = 0.68$) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ($M = 3.49$, $SD = 0.74$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($M = 2.72$, $SD = 0.92$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ในคลินิกโรคหอบหืดโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด	M	SD	การแปลผล
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.72	0.92	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมทางกาย	3.10	0.85	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ	2.98	0.63	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.75	0.75	ดี
ด้านการจัดการความเครียด	3.52	0.68	ดี
ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	3.49	0.74	ปานกลาง
รวม	3.27	0.68	ปานกลาง

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 4.32$, $SD = 0.56$) รองลงมาคือ การจัดการสิ่งแวดล้อม ($M = 3.73$, $SD = 0.62$) การสร้างพลังอำนาจจากคนใกล้ชิด ($M = 3.72$, $SD = 0.68$) และความเชื่อในศักยภาพของตนเอง ($M = 3.62$, $SD = 0.56$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
หืด ในคลินิกโรคหอบหืดโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา

ปัจจัย	M	SD	การแปลผล
ความเชื่อในศักยภาพของตนเอง	3.62	0.56	มาก
การรับรู้การเจ็บป่วย	4.32	0.56	มากที่สุด
การสร้างพลังอำนาจจากบุคคลใกล้ชิด	3.72	0.68	มาก
การจัดการสิ่งแวดล้อม	3.73	0.62	มาก

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ได้แก่ การสร้างพลังอำนาจจากคนใกล้ชิดมากที่สุด (Beta = .469) และรองลงมาได้แก่ ความเชื่อใน ศักยภาพของตนเอง (Beta = .267) และการจัดการสิ่งแวดล้อม (Beta = .247) (ดังตารางที่ 4) โดยสามารถอธิบาย ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัด สงขลา ได้ร้อยละ 67.50 ($\text{adj.}R^2 = .675$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความคลาดเคลื่อน มาตรฐานในการทำนาย .38612 ดังสมการ

คะแนนดิบ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง = $-.649 + .468$ (การสร้างพลังอำนาจจากคนใกล้ชิด) + $.321$ (ความเชื่อในศักยภาพของตนเอง) + $.272$ (การจัดการ สิ่งแวดล้อม)

คะแนนมาตรฐาน

Z (พฤติกรรมการดูแลตนเอง) = $.469$ (Z การสร้างพลังอำนาจจากคนใกล้ชิด) + $.267$ (Z ความเชื่อในศักยภาพของตนเอง) + $.247$ (Z การ จัดการสิ่งแวดล้อม)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ในคลินิกโรค หอบหืดโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	-.649	.250		-2.591	.011
การสร้างพลังอำนาจจากบุคคลใกล้ชิด	.468	.066	.469	7.082	<.001
ความเชื่อในศักยภาพของตนเอง	.321	.074	.267	4.316	<.001
การจัดการสิ่งแวดล้อม	.272	.081	.247	3.359	0.01
$R = .826, R^2 = .683, \text{adj.}R^2 = .675, df = 3, 125 F = 89.746^{***} SE_{\text{est}} = .38612, p\text{-value} < .001$					

การอภิปรายผล

สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.27$, $SD = 0.68$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($M = 3.75$, $SD = 0.75$) ผู้ป่วยโรคหืดที่มีบุคคลในครอบครัวคอยดูแลและช่วยเหลือ ร่วมกิจกรรมต่างๆกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน มีญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของสินินาฏ เนาว์สุวรรณ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2560) ผู้ป่วยโรคหืดที่มีผู้ดูแลต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคหืดที่มีผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($M = 2.17$, $SD = 0.42$) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่มีผู้ดูแล ($M = 1.84$, $SD = 0.55$)

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 4.32$, $SD = 0.56$) ผู้ป่วยโรคหืดทราบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ควันบุหรี่ กระตุ้นให้มีอาการเหนื่อยหอบได้ และอาการเหนื่อยหอบเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โรคหอบหืดเป็นโรคที่มีโอกาสรักษาหายและสามารถควบคุมอาการไม่ให้กำเริบได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ซฆร หมั่นนิพัฒน์ (2555) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืด การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหืด การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหืด และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหืด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหืด โดยสามารถร่วมทำนายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหืด ได้ร้อยละ 35.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($R^2 = 0.359$, $p < .001$)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ในคลินิกโรคหอบหืดโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ได้แก่ การสร้างพลังอำนาจจากคนใกล้ชิดมากที่สุด ($Beta = .469$) การที่บุคคลในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและเลือกวิธีการดูแลรักษาโรคหืดที่เหมาะสม ช่วยฝึกทักษะให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถดูแลตนเองให้หายจากโรคหืด ช่วยเหลือเมื่อต้องมาพบแพทย์ และบุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหืดทำกิจกรรมภายในบ้านหรือสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ควรสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืด ควรส่งเสริมให้ญาติบุคคลในครอบครัวมีความรู้และมีส่วนร่วมในการรักษาโรคหืดอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคหอบหืด ควรให้ความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหืดในคลินิกตลอดจนประสานกับทีมเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพของโรงพยาบาลควนเนียงเพื่อติดตาม ช่วยเหลือด้านการปฏิบัติตามโภชนาการที่ถูกต้อง นอกจากนี้ควรนำปัจจัยการสร้างพลังอำนาจจากคนใกล้ชิดไปจัดกิจกรรม เช่น กิจกรรมเพื่อนสอนเพื่อน กิจกรรมเพื่อนต้นแบบ เพื่อส่งเสริมและปรับเปลี่ยนกิจกรรมการรักษาพยาบาลทั้งในเชิงรับและเชิงรุกเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำปัจจัยการสร้างพลังอำนาจจากคนใกล้ชิดไปจัดกิจกรรม เช่น กิจกรรมเพื่อนสอนเพื่อน กิจกรรมเพื่อนต้นแบบ เพื่อส่งเสริมและปรับเปลี่ยนกิจกรรมการรักษาพยาบาลทั้งในเชิงรับและเชิงรุกเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหืด

เอกสารอ้างอิง

- เกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร. (2555). ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 27(2), 167-171.
- ทัชชกร หมั่นนิพัฒน์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืดที่มีมารับบริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2560). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 13 ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มยุรี คุณเลิศ. (2557). การพัฒนาคลินิกโรคหืดในโรงพยาบาลวังน้อย. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 4(3), 208-215.
- โรงพยาบาลควนเนียง อำเภอกวนเนียง. (2559). *ผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559*. เอกสารอัดสำเนา.
- ลัดดา อิ่มทองใบ. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหอบหืดของบุตรอายุ 1 – 5 ปี ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. (2559). *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ประจำปี 2559 สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย Controversial Issues in Asthma 2016*. วันที่ 20-22 มีนาคม 2559 โรงแรมแลนด์มาร์ค กรุงเทพฯ. หน้า 3.
- สารภี พุ่มคง, อรสา พันธุ์ภักดี, พรทิพย์ มาลาธรรม และธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้การควบคุมโรคของผู้สูงอายุโรคหืด. *รวมาริบดีพยาบาลสาร*, 17(3), 309-327.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส และสุนารี เจียรวิทยากิจ. (2558). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense กับ การดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(3), 137-152.
- สินีนานู เนาว์สุวรรณ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2560). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 18(1), 29 – 38.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E.R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Trakultivakorn, M. (2012). Economic burden of asthma in Thailand. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*, 30:1-2

World Health Organization. (2013). *Asthma*. Retrieved from
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/>

World Health Organization Regional Office South-East Asia. (2013). *Regional Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (2013–2020)*. Regional Committee. Sixty-sixth Session, New Delhi, India 10–13 September 2013.

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี

เนตรนภา กาบมณี, ค.ด.*

สิริลักษณ์ อยู่เจริญ, พย.ม.**

ปานเพชร สกฤค, พย.ม.**

Received : January 13, 2021

Revised : March 10, 2021

Accepted : May 15, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี จำนวน 286 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิและคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณอิสระ นำเสนอด้วยค่า Adjusted OR (OR_{adj}) ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value < 0.05 ได้แก่ 1) รายได้ 2) การมีโรคประจำตัว 3) ด้านสุขภาพร่างกาย 4) ด้านสุขภาพจิต 5) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ประกอบด้วย 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรกำหนดมาตรการในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมให้ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความยั่งยืน

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี; ผู้ให้การติดต่อ e-mail : k.nednapa@bcnu.ac.th

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี

The Quality of Life of the Elderly in Thamboon Nongphai Muang, Udonthani

Natenapa Kabmanee, Ph.D.^{*}

Sirilak Ouicharoen, M.N.S.^{**}

Panphet Sakulkoo, M.N.S.^{**}

Abstract

This descriptive research aimed to study the quality of life of the elderly in Thamboon Nongphai Muang, Udonthani. The samples consisted of 286 elderly people living in Thamboon Nongphai Muang, Udonthani who were selected by simple random sampling. The instruments were demographic questions and a quality of life questionnaire. These instruments were tested for content validity by a panel of experts and Cronbach's alpha coefficient was 0.82. The data were analyzed with frequency, mean, standard deviation, multiple logistic regression to calculate the adjusted OR value (ORadj.) at a 95 % confidence interval (95%CI)

The findings showed quality of life is moderate level, factor effecting the quality of life at a significant level of 0.05 were: 1) income (ORadj = 2.85; 95% CI = 1.13 - 7.87) 2) illness, sickness and disease (ORadj = 2.48; 95% CI = 1.02 - 6.87) 3) physical health (ORadj = 2.12; 95% CI = 2.16 - 3.92) 4) psychological (ORadj = 1.85; 95% CI = 1.46 - 3.57) and 5) social relationship (ORadj 1.73; 95% CI = 1.90 - 4.06).

Suggestion: The administration and the private sector in the area ought to determine strategies to advance the quality of life in four aspects: physical, mental, social and economic. Encourage their families to take heed of the well being of their elderly.

Keywords: Quality of Life, Elderly

^{*} Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani; Corresponding Author e-mail : k.nednapa@bcnu.ac.th

^{**} Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

บทนำ

ในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ สืบเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี การแพทย์ และสาธารณสุข ส่งผลให้อายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้น และจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ. 2560 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 17.1 และในปีพ.ศ. 2563 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.6 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) ซึ่งตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ กำหนดไว้ว่าประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ดังนั้นประเทศไทยจึงนับว่าได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ผลที่ตามมาจากการที่ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ปัจจัยการผลิตทางด้านแรงงานลดลง การออมลดลง รัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เพื่อดูแลและประมุงพยาบผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้การลงทุนลดลง รายได้ประชาชาติลดลง หากไม่มีการเตรียมความพร้อมการจัดสรรทรัพยากรและแรงงานที่จะลดลง จะมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทำให้รายได้ประชาชาติลดลงได้

จะเห็นว่าการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้น ย่อมทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ จึงจำเป็นที่ทุกภาคส่วนจะต้องตระหนักและเตรียมการ โดยระดมทรัพยากรและสหวิทยาการต่างๆ เพื่อพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม การคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการให้สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ตลอดจนการสร้างหลักประกันทางสังคม โดยเฉพาะการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อสร้างความมั่นคงให้กับผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง เพื่อลดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมที่จะเกิดขึ้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2558)

คุณภาพชีวิต (quality of life) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การรับรู้ในบริบทที่ดำรงชีวิตภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนักของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สมรรถนะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม (World Health Organization, 2011) ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุในสังคม ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินชีวิตอย่างผาสุกและมีสุขภาวะในบั้นปลายของชีวิต (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) ซึ่งจากผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภูมิภาคต่างๆ ได้ผลการศึกษาสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ คือมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในบริบทพื้นที่ที่ทำการศึกษา จึงเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ที่ได้นำเอาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม มาเป็นตัวแปรในการศึกษาเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าวได้อย่างชัดเจน นอกจากนั้นผลจากการวิจัยในครั้งนี้ จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุได้ตระหนักในความสำคัญของปัญหาและเร่งหาแนวทางในการพัฒนาหรือยกระดับคุณภาพชีวิตจากการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางไปสู่

การมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงขึ้น ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงเป็นคำตอบที่มีความสำคัญยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุในสังคม (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557)

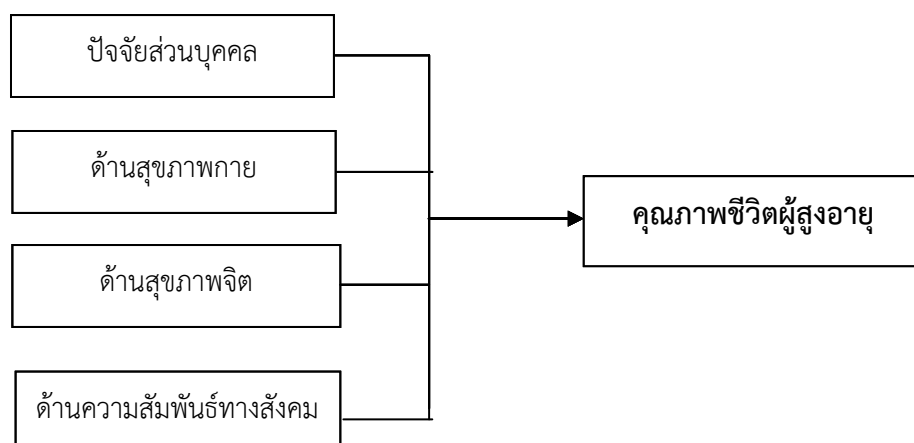
จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี ซึ่งเป็นชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงกับสถาบันการศึกษาและเป็นแหล่งเรียนรู้และจัดการเรียนการสอนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุของสถาบันการศึกษา และยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษารั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อทั้งชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ต้องเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาวะในบั้นปลายของชีวิตและเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าของประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของไทย ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BRES – THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) เป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้กรอบแนวคิดของคำว่า คุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและคุณค่าที่คนผู้นั้นอาศัยอยู่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวังมาตรฐานและสิ่งที่เกี่ยวข้องของบุคคลผู้นั้นเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลใน ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีผลและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว 2. ด้านสุขภาพกาย 3. ด้านสุขภาพจิต 4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557 ; เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์, 2560) นำมาซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้สูงอายุ ตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี จำนวน 1,003 คน สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Yamane ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งได้ระบุขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ จำนวน 286 คน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จนได้ตัวอย่างครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRES-THAI) ประกอบด้วย ข้อคำถามคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จำนวน 2 ข้อ และองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 3 ข้อ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ 2540) ประกอบด้วย

- องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
- องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
- องค์ประกอบด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25
- องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยรวมคะแนนทุกข้อและเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การแปลความหมายของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จะแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้จากการรวมคะแนนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแต่ละด้าน และนำมาหาค่าเฉลี่ย ตามเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้คือ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้แบบสอบถามมีข้อคำถามที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี เพื่อพิจารณาตรวจสอบตามขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.2 เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย โดยการชี้แจงแบบสอบถาม ชี้แจงวิธีการและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัยให้มีความเข้าใจ เพื่อให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนดอย่างครบถ้วน

1.3 ประสานกับเทศบาลตำบลหนองไผ่และผู้นำชุมชน เพื่อนัดหมายวัน เวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี โดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 286 คน ทำการตอบแบบสอบถามและส่งคืนให้ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย

2.2 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมจนแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 286 ชุด

3. ระยะวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามในแต่ละชุดของแบบสอบถาม และทำการบันทึกข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี เลขที่รับรอง IRB BCNU 411/034/63 วันที่รับรอง 8 กรกฎาคม 2563

ทั้งนี้ในระหว่างที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์จะให้ข้อมูลสามารถแจ้งให้ผู้วิจัยยุติการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทันทีและผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างและจะไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple logistic regression) นำเสนอด้วยค่า Adjusted OR (OR_{adj.}) ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95 %

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 286 คน เพศหญิง จำนวน 188 คน เพศชาย จำนวน 98 คน อายุอยู่ระหว่าง 61 ถึง 84 ปี อายุเฉลี่ย 68 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหม้าย จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 53.15 สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 46.85 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในประถมศึกษา จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 63.64 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 25.16 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 ระดับอนุปริญญา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.10 ระดับปริญญาตรี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.40

ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 34.27 รองลงมาคือ ค้าขาย จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 21.68 รับจ้าง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 ข้าราชการบำนาญ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 6.29 และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 30.07

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท มากที่สุด จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 - 20,000 บาท จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 22.38 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 บาท จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 11.18 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 4.90

มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 43.71 รองลงมาคือมีโรคประจำตัว 1 โรค จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 43.71 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 13.28

2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านสุขภาพร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย <i>M</i>	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน <i>SD</i>	ระดับ
โดยรวม	3.51	0.67	ปานกลาง
รายด้าน			
ด้านสุขภาพร่างกาย	3.24	0.72	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.86	0.59	สูง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.68	0.69	สูง
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.28	0.73	ปานกลาง

3) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ประกอบด้วย รายได้ การมีโรคประจำตัว ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมตามรายละเอียด ดังนี้คือ

ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท 2.85 เท่า (95% CI = 1.13-7.87; p -value < 0.001)

ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 2.48 เท่า (95% CI = 1.02 - 6.87; p -value < 0.001)

ผู้สูงอายุที่มีคะแนนด้านสุขภาพร่างกายสูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนด้านสุขภาพร่างกายต่ำ 2.12 เท่า (95% CI = 2.16-3.92; p -value = 0.031)

ผู้สูงอายุที่มีคะแนนด้านจิตใจในระดับสูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนด้านจิตใจในระดับต่ำ 1.85 เท่า (95% CI = 1.46-3.57; p -value = 0.014)

ผู้สูงอายุที่มีคะแนนด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับสูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับต่ำ 1.73 เท่า (95% CI = 1.90-4.06; p -value = 0.036) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบพหุลอยจิสติกในโมเดลสุดท้ายระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี

ตัวแปร	OR _{adj.}	95% CI	p -value
เพศ			
หญิง	0.81	0.41-1.43	0.074
ชาย			
อายุ (ปี)			
< 70 ปี	0.62	0.32-1.05	0.069
≥ 70 ปี			
สถานภาพสมรส			
คู่	0.42	0.44-2.12	0.454
หม้าย			
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	1.56	0.12-1.44	0.343
มัธยมศึกษาขึ้นไป			
รายได้			
<10,000 บาท	2.85	1.13-7.87	< 0.001
≥10,000 บาท			
การมีโรคประจำตัว			
มีโรคประจำตัว	2.48	1.02-6.87	< 0.001
ไม่มีโรคประจำตัว			
ด้านสุขภาพร่างกาย			
คะแนนสูง	2.12	2.16-3.92	0.031
คะแนนต่ำ			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	OR _{adj.}	95% CI	P-value
ด้านจิตใจ			
คะแนนสูง	1.85	1.46-3.57	0.014
คะแนนต่ำ			
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม			
คะแนนสูง	1.73	1.90-4.06	0.036
คะแนนต่ำ			
ด้านสิ่งแวดล้อม			
คะแนนสูง	1.92	1.13-3.87	0.072
คะแนนต่ำ			

*p-value <0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา เช่น อุทัย สุดสุข และคณะ (2552) ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 70.1 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 2.3 และสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือผลการศึกษาของเจริญชัย หมื่นห่อ (2553) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครพนม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุควรจะต้องได้รับการช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ควรตระหนักถึงความสำคัญ และเร่งหาแนวทางการพัฒนาหรือยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับปานกลางขึ้นไปสู่คุณภาพชีวิตในระดับที่สูงขึ้น

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รายด้าน พบว่า ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านสุขภาพร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของปริยาภรณ์ ตั้งเพียร (2551) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง แต่ผลการศึกษามีความแตกต่างกับวาสนา เล่าตง (2555) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเกาะสีชัง อำเภอเกาะสีชัง จ.ชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง และจากผลการศึกษาของเจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์ (2560) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม สุขภาพร่างกาย และจิตใจ อยู่ในระดับสูง ซึ่งความแตกต่างของผลการศึกษาที่เกิดขึ้นน่าจะเป็นผลมาจากบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บริบทที่ต่างกันและปัจจัยต่างๆ ของผู้สูงอายุ อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน (นริสรา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงควรมีการติดตามประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมในทุกพื้นที่ ตลอดจนมีการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและครอบคลุม อันจะนำไปสู่การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุและมีความเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) รายได้ 2) การมีโรคประจำตัว 3) ด้านสุขภาพร่างกาย 4) ด้านสุขภาพจิต 5) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของอารดา ธีระเกียรติกำจร (2554) พบว่าปัจจัยด้านอาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และวิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวรปัญญา และจิตาภา ศิริปัญญา (2554) พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะทางการเงิน ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2555) พบว่า อาชีพ โรคประจำตัวและการดูแลสุขภาพของตนเอง ชาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์ และปิรรัตน์ จิตรภักดี (2554) พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมและการได้รับสวัสดิการกองทุนผู้สูงอายุ จิรัชยา เคล้าดี, สุกชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี (2560) พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านร่างกาย ด้านปัญญา ด้านจิตใจ จะเห็นว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในบริบทพื้นที่ที่ทำการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงสุดคือ รายได้ ทั้งนี้เนื่องจากการมีรายได้ที่แน่นอน มีส่วนช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ในวัยสูงอายุดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นในการที่จะส่งเสริมหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงการสวัสดิการ การสร้างอาชีพ สร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ที่มีแนวคิดในการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและบริการที่เหมาะสม ในรูปแบบต่างๆ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สวัสดิการการรักษาพยาบาล เป็นต้น (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) ทั้งนี้การได้รับสวัสดิการ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สวัสดิการการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่จากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง มีรายได้ที่รัฐมอบให้เพื่อการยังชีพ ประกอบกับสาระสำคัญของปณิญาผู้สูงอายุไทย คือผู้สูงอายุจะต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ รวมถึงผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ตลอดจนผู้สูงอายุควรได้รับการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกันจากรัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชน ประชาชน สถาบันต่างๆ ในสังคม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2558) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2555) ที่พบว่าการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุ เป็นผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกได้ถึงการได้รับความเอาใจใส่มากขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ทำให้ตนเองมีเงินใช้เพื่อยังชีพ ซึ่งสามารถนำไปใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน เช่น การซื้ออาหารรับประทาน การทำบุญ บริจาค ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

นอกจากด้านรายได้ จากการศึกษานี้พบว่า การมีโรคประจำตัวและสุขภาพร่างกาย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากองค์ประกอบด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในสามองค์ประกอบหลักตามแนวคิดสภาวะพลัมพลิงขององค์การอนามัยโลกที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจะสามารถพึ่งตนเองได้รวมถึงช่วยลดภาระพึ่งพิงของครอบครัวและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับมิติภาวะสุขภาพ ที่ประกอบด้วย กาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2011) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของมาสริน ศุกลปักษ์

และกรณีรศ.ดร. บุญช่วยธนาสิทธิ์ (2560) ที่ทำการศึกษาถึงองค์ประกอบด้านสุขภาพตามแนวคิดสภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าสุขภาพเป็นหนึ่งในเสาหลักของสภาวะพหุพลังโดยรวม เมื่อพิจารณาองค์ประกอบด้านสุขภาพ พบว่า มี 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสุขภาพของตนเอง 2) สุขภาวะทางจิต 3) ความพิการ 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน 5) ข้อจำกัดของร่างกาย 6) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 7) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน 8) การมองเห็น และ 9) การได้ยิน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี จะมีการปรับตัวได้ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นบุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้ จะเป็นผู้ที่มีความพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี รวมถึงการที่ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา จะทำให้มีความรู้สึกว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม และมีความสามารถในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ หากผู้สูงอายุมีปัจจัยเหล่านี้ต่างกัน ย่อมส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุในแต่ละบริบท เพื่อวางแผนช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุและประสานงานส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นในสังคมได้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับปัญหาและตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทแต่ละท้องที่ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุในสังคมไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมผู้สูงอายุ และสถาบันการศึกษาด้านอาชีวศึกษาในพื้นที่ตำบลหนองไผ่ ควรมีการประสานความร่วมมือในการกำหนดมาตรการในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และในด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ให้ผู้สูงอายุฝึกอาชีพที่เหมาะสม การวางแผนเรื่องการออมเงิน การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2. ส่งเสริมให้ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในพื้นที่ซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การปลูกพืชผักสวนครัวเพื่อประกอบอาหารสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความยั่งยืน และผู้สูงอายุและครอบครัว ชุมชน สามารถพึ่งพาตนเองได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทยภายใต้วัฒนธรรมอีสานที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น รูปแบบการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดเกษตรวิถีหรือภูมิปัญญาไทย ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553) *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2558). *นโยบายรัฐด้านผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <http://www.dop.go.th/th/laws/1/33>
- จิรัชยา เกล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(1), 27-32.
- เจริญชัย หมั่นห่อ. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม*. การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่องกำลังด้านด้านสุขภาพกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2-4 มิถุนายน 2553.
- เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 94-105.
- ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทุมมานนท์ และปิยรัตน์ จิตรภักดี. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 240-249.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 64-70.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปรียาภรณ์ ตั้งเพียร. (2551). *การสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรหมณานิคม จังหวัดสกลนคร. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 19(2), 55-64.
- มาสริน ศุกลักษ์ และกรัณธรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. (2560). องค์ประกอบด้านสุขภาพตามแนวคิดสภาวะพลัมพลิงของผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11 (ฉบับพิเศษ), 53-63.
- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตาภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32-40.
- วาสนา เล่าตง. (2555). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเกาะสีชัง อำเภอเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี*. งานนิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทย*. สืบค้นจาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Index.aspx>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *สำรวจประชากรผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N10-07-61.aspx>.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณีพรมานะจิรัฐกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

อารดา ธีระเกียรติกำจร. (2554). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต, คณะเศรษฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุทัย สดสุข, พิทยา จารุพูนผล, ประยูร ฟองสทิพย์กุล, จรัล เกวลิณสฤษดิ์, สัมฤทธิ์ จันทราช และจรรยา เสี่ยงเสนาะ. (2552). *รายงานการวิจัย โครงการศึกษาสถานการณ์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

World Health Organization. (2011). *Definition of an older or elderly person*. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**

เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์, พย.ม.*

กตกร ประสารวรรณ, พย.ม.**

Received : November 12, 2020

Revised : March 23, 2021

Accepted : May 15, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยทำนายของภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาล จำนวนทั้งหมด 174 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการแบบแบ่งชั้นแล้วทำการสุ่มอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์โดยการถดถอยแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ และภาระครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนระดับการศึกษาชั้นสูงสุดและรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขวัญกำลังใจในงาน ด้านปริมาณงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยด้านเงินเดือนและผลประโยชน์ และสภาพแวดล้อมในที่ทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยด้านโอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขวัญกำลังใจในงาน ด้านปริมาณงาน เงินเดือนและผลประโยชน์ โอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้า สามารถร่วมกันทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายการผันแปรภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาลได้ ร้อยละ 46 ($R^2 = 0.46$)

คำสำคัญ : ภาวะเหนื่อยล้า อาจารย์พยาบาล สถาบันพระบรมราชชนก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

ผู้ให้การติดต่อ e-mail : rit_2529@hotmail.co.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

Factors Influencing the Burnout of Nursing Instructors in North Eastern College Network of Praboromarajchanok Institute

Ruangrit Thoraphan, M.N.S.*

Katakorn Prasanwon, M.N.S.**

Abstract

The purposes of this study were to examine personal factors and job morale related factors and job burnout and examine predicting factors of job burnout of nursing instructors in North Eastern College network of Praboromarajchanok Institute. The sample group consisted of total of 174 nursing were selected by stratified method and perform by sample random sampling. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, range, and Pearson's product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression.

The results showed that : (1) Personal factor of Economic status and Family burden were significantly negative at a low level related to burnout ($p < 0.01$), Highest education and Income were significantly negative at a low level to burnout ($p < 0.05$) (2) The job morale related factors job demands, were significantly positive at a medium level to burnout ($p < 0.01$), pay and benefits and Work environment were significantly negative at a medium level to burnout ($p < 0.01$), opportunity for growth and advancement dimensions were significantly negative at a low level to burnout ($p < 0.01$) (3) The job morale related factors, job demands, pay and benefits, and opportunity for growth and advancement dimensions was the best prediction burnout of nursing instructors in North Eastern College network of Praboromarajchanok Institute ($p < 0.05$), which accounted for prediction 46%. ($R^2 = 0.46$)

Keywords: Burnout, Nursing Instructors, Praboromarajchanok Institute

* Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing Sanpasitiprasong
Corresponding Author e-mail rit_2529@hotmail.co.th

** Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing Sanpasitiprasong

บทนำ

อาจารย์พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีคุณค่าที่สุดในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย เนื่องจากสถานศึกษาพยาบาลได้รับนโยบายในการผลิตพยาบาลเพิ่มจากสภาการพยาบาลเพื่อชดเชยภาวะขาดแคลน อีกทั้งยังอยู่ในช่วงที่รัฐบาลมีนโยบายจำกัดอัตรากำลัง และไม่ได้มีการปรับอัตรากำลังทดแทนทำให้จำนวนอาจารย์พยาบาลลดลงจนเกิดภาวะขาดแคลน (กฤษดา แสงวดี, 2550; Shipman & Hooten, 2008; Potempa, Redman & Landstrom, 2009) ทำให้เกิดปัญหาภาวะสมองไหลและอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่มีภาระงานมากขึ้น เกิดความเครียดสะสม หหมดกำลังใจในการปฏิบัติงาน และทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงได้ (ทมาภรณ์ สุขสวรรค์, กิ่งแก้ว แสงสว่าง และพิมพ์พิมล เรื่องฤทธิ์, 2554)

วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลก็ประสบปัญหาการขาดแคลนอาจารย์เช่นเดียวกัน ซึ่งอาจารย์พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเรียนการสอนแล้ว ยังมีภาระงานด้านอื่น ๆ เช่น งานวิจัย งานบริการวิชาการ ผู้จัดการรายวิชา ผู้รับผิดชอบโครงการ การทำงานตามแนวนโยบายของผู้บริหารในการพัฒนาและประกันคุณภาพการศึกษา การรับรองสถาบัน และการปฏิบัติการพยาบาลควบคู่กันไป ซึ่งเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนักและใช้ความรับผิดชอบสูง ทำให้อาจารย์พยาบาลมีเวลาส่วนตัวหรือมีเวลาให้กับครอบครัวน้อยลง เกิดความเครียด เหนื่อยล้าในการทำงาน และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำทำให้อาจารย์พยาบาลลาออกจากการปฏิบัติงาน (บุญญาภา โพธิ์เกษม และนุจรีย์ ไชยมงคล, 2558)

ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน เกิดจากการตอบสนองต่อความเครียดเรื้อรังทำให้เกิดความรู้สึกล้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยภาวะเหนื่อยล้าประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Maslach, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาของทมาภรณ์ สุขสวรรค์ และคณะ (2554) พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะเปื่องานของอาจารย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปื่องานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.482$) และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปื่องานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.245$) (ทมาภรณ์ สุขสวรรค์ และคณะ, 2554)

อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีบทบาทหน้าที่ในการสอน การวิจัย การบริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ซึ่งเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนัก และมีปัญหาอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ จำนวนและคุณภาพของอาจารย์พยาบาลไม่ได้สัดส่วนกับเกณฑ์มาตรฐาน (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ดวงเนตร ธรรมกุล, มาสรีน ศุกลปักษ์ และรัชณี ศุจิจันทร์รัตน์, 2559) และความก้าวหน้าทางวิชาการ ทำให้อาจารย์พยาบาลเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงได้ จากการทบทวนงานวิจัยยังไม่พบการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษานี้มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสำคัญอย่างยิ่ง ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการลดปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณาหาแนวทางป้องกัน ตลอดจนปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจและลดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อหาปัจจัยทำนายของภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา รวมทั้งสิ้นจำนวน 316 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร ซึ่งคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลชั้นหนึ่ง และบัตรสมาชิกสภาการพยาบาลไม่หมดอายุ 2) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ 3) มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 2 ปี และ 4) มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการการคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณจากประชากรอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งหมดจำนวน 316 คน ใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ (Krejcie, & Morgan, 1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 174 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากร ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากร

วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก	จำนวน/คน	
	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์	80	44
2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์	47	26
3. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	71	39
4. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น	46	25
5. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา	72	40
รวม	316	174

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยสุ่มอาจารย์พยาบาลจากขั้นตอนที่ 1 โดยใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ให้ได้จำนวนตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ (EC.4/2563) ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ทำงานอาชีพอาจารย์พยาบาล ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ และภาระครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในงาน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ปริมาณงาน 2) เงินเดือนและผลประโยชน์ 3) การบริหารจัดการของผู้บริหาร 4) โอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้า และ 5) สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) โดยมีค่าคะแนน 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยค 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยค 3 หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความในประโยค 2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยค 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยค

การแปลผล หากค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50–2.49 หมายถึง ขวัญกำลังใจในงานอยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ขวัญกำลังใจในงานอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ขวัญกำลังใจในงานอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ขวัญกำลังใจในงานอยู่ในระดับสูงมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน โดยใช้แบบวัดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของแมสแลช และแจ๊คสัน (Maslach & Jackson, 1981) สำหรับใช้วัดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน 3 ด้าน จำนวน 22 ข้อ คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ การสูญเสียความสัมพันธส่วนตัวบุคคล จำนวน 5 ข้อ การลดความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ซึ่งแบบวัดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานนี้เป็นแบบสอบถาม

มาตราส่วนประมาณค่า 0 - 6 ระดับ รวม 7 ระดับ ซึ่งแต่ละระดับมีความหมายดังนี้ 0 แทน ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้น 1 แทน รู้สึกปีละ 2 - 3 ครั้ง 2 แทน รู้สึกเดือนละครั้งหรือน้อยกว่า 3 แทน รู้สึกเดือนละ 2 - 3 ครั้ง 4 แทน รู้สึกสัปดาห์ละครั้ง 5 แทน รู้สึก สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง 6 แทน รู้สึกเช่นนั้นทุกวัน การพิจารณาค่าคะแนนภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ซึ่งพัฒนามาจากแมสแลช และแจ๊คสัน (Maslach & Jackson, 1981) มีดังนี้

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานรายด้าน

ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน	ระดับคะแนนภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
1. ความอ่อนล้าทางอารมณ์	0-16	17-26	27-54
2. การสูญเสียความสัมพันธฺ์ส่วนบุคคล	0-11	12-17	18-48
3. การลดความสำเร็จส่วนบุคคล	0-8	9-13	14-30

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น จำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล 2) แบบสอบถามปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในงาน และ 3) แบบสอบถามเพื่อวัดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในงาน และแบบสอบถามเพื่อวัดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานมีค่า CVI เท่ากับ .96, .93 และ .96 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล 2) แบบสอบถามปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในงาน และ 3) แบบสอบถามเพื่อวัดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับอาจารย์พยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient: α) ได้เท่ากับ .89, .86 และ .85 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เสนอต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ทั้ง 5 แห่ง

2. ผู้วิจัยประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยมอบเอกสารชี้แจง และใบลงนามยินยอม โดยให้ลงนามในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าว และเต็มใจ (Informed consent form)

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เวลา 20 - 30 นาที และตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล แล้วจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการหาค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ทำงานอาชีพอาจารย์พยาบาล ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ และภาระครอบครัว กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient)
3. ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขวัญกำลังใจในงานและภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาล วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขวัญกำลังใจในงานกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
5. ปัจจัยทำนายของภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานจากปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขวัญกำลังใจในงาน วิเคราะห์โดยการถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.4 อายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี ร้อยละ 27.6 สถานภาพโสด ร้อยละ 48.3 ประสบการณ์ทำงานอาชีพอาจารย์พยาบาล 1 – 5 ปี ร้อยละ 27.6 ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดปริญญาโท ร้อยละ 90.2 มีรายได้ต่อเดือน 40,001 - 50,000 บาท ร้อยละ 27.0 สถานภาพทางเศรษฐกิจมีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 59.4 และมีภาระครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.3

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน

ปัจจัยด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ และภาระครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอยู่ในระดับต่ำ ($r = .254, r = .242$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดและรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอยู่ในระดับต่ำ ($r = .154, r = .137$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพ และประสบการณ์ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขวัญกำลังใจในงาน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขวัญกำลังใจในงานด้านปริมาณงานอยู่ในระดับสูง ($M = 3.96; SD = 0.60$) ส่วนเงินเดือนและผลประโยชน์ การบริหารจัดการของผู้บริหาร โอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้า และสภาพแวดล้อมในที่ทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.13; SD = 0.86, M = 3.15; SD = 0.58, M = 3.45; SD = 0.88, M = 3.16; SD = 0.86$ ตามลำดับ)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขวัญกำลังใจในงานกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน

ปัจจัยด้านปริมาณงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .482$) ปัจจัยด้านเงินเดือนและผลประโยชน์ และสภาพแวดล้อมในที่ทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอยู่ในระดับปานกลาง ($r = -.395, r = -.354$ ตามลำดับ) และปัจจัยด้านโอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอยู่ในระดับต่ำ ($r = -.280$) ส่วนการบริหารจัดการของผู้บริหารไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน

5. ระดับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน

ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ($M = 2.39$; $SD = 1.49$, $M = 1.68$; $SD = 1.25$, $M = 1.72$; $SD = 1.17$ ตามลำดับ)

6. ปัจจัยทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปัจจัยด้านปริมาณงาน เงินเดือนและผลประโยชน์ และโอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้า สามารถร่วมกันทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายการผันแปรภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาลได้ ร้อยละ 46 ($R^2 0.46$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาขั้นสูงสุดกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.154$, $p < .05$) แสดงว่า อาจารย์พยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงและมีงานในความรับผิดชอบมากจะตั้งความหวังในงานไว้สูงทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของแมสแลช (Maslach, 1982) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงมีงานในความรับผิดชอบมากมักจะตั้งความหวังในงานไว้สูง จะเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานได้มาก

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.137$, $p < .05$) แสดงว่า อาจารย์พยาบาลได้รับค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงาน ทำให้เกิดความเครียดและไม่พึงพอใจในงาน สอดคล้องกับการศึกษาของกนกกร ศรีทาโส (2552) พบว่า ค่าตอบแทนและสวัสดิการสามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้ร้อยละ 29.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.254$, $p < .01$) แสดงว่า การปฏิบัติงานของอาจารย์พยาบาลนั้นเป็นงานที่หนักทั้งกายและจิตใจ ค่าตอบแทนและตำแหน่งที่สูงขึ้นนั้นไม่มีความสมดุลกัน ทำให้หมดกำลังใจในการทำงาน ดังการศึกษาของวิไล พัวรักษา (2541) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาระครอบครัวกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ภาระครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.242$, $p < .01$) แสดงว่า อาจารย์ที่ประสบกับความเครียดจะทำให้เกิดความไม่พอใจในครอบครัวของตนเองด้วย ดังการศึกษาของทมาภรณ์ สุขสวรรค์ และคณะ (2554) พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวของอาจารย์พยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปื่องานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.245$)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขวัญกำลังใจในงานของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แยกตามรายด้าน ดังนี้

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณงานกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.482, p < .01$) แสดงว่าอาจารย์พยาบาลมีภาระงานที่มากเกินไป ($M = 3.96; SD = 0.60$) และเกิดความเครียดในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญธิดา เทือกสุบรรณ (2550) พบว่า ปัจจัยด้านปริมาณงานมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเงินเดือนและผลประโยชน์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า เงินเดือนและผลประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.395, p < .01$) แสดงว่าอาจารย์พยาบาลเห็นว่าเงินเดือนและผลประโยชน์ที่นอกเหนือจากเงินเดือนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.13; SD = 0.86$) เมื่อเทียบกับปริมาณงานที่หนักและภาระหนี้สินที่มีอยู่หรือค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม และการที่อาจารย์พยาบาลมีเงินเดือนที่น้อยจะทำให้รู้สึกมีความเหนื่อยล้าในการทำงานมากและขาดความสุข อีกทั้งอาจารย์พยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่มีเงินประจำตำแหน่งทางวิชาการ หรือตำแหน่งทางการบริหาร มีเพียงเงินประจำตำแหน่งทางวิชาชีพ ซึ่งอาจไม่เทียบเคียงกับผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในลักษณะเดียวกัน และอาจารย์พยาบาลไม่มีรายได้พิเศษจากการทำงาน เนื่องจากรายได้พิเศษเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กร (Organization commitment) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญธิดา เทือกสุบรรณ (2550) พบว่า ปัจจัยด้านเงินเดือนและผลประโยชน์ที่นอกเหนือจากเงินเดือนมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างโอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้ากับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า โอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.280, p < .01$) แสดงว่าอาจารย์พยาบาลเห็นว่าควรมีการเลื่อนตำแหน่งทางวิชาการหรือความก้าวหน้าที่สูงขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.45; SD = 0.88$) เพราะอาจารย์พยาบาลเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าสูงสุดและเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จขององค์กร ทั้งนี้องค์กรจะบรรลุถึงเป้าหมายได้นั้นต้องอาศัยบุคคลที่มีสมรรถนะที่เหมาะสม มีความรู้ ทักษะ ความสามารถ และคุณลักษณะต่างๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้งการฝึกอบรมเพื่อสร้างความชำนาญและสามารถทำงานได้อย่างคล่องแคล่ว มีความถูกต้องแม่นยำ และมีประสิทธิภาพสูงขึ้น (พงษ์จันทร์ ภูพานิชย์, 2545) และการที่อาจารย์พยาบาลได้รับการลาศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นถือเป็นความก้าวหน้าอีกลักษณะหนึ่งที่อาจารย์พยาบาลทุกคนปรารถนาและเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสำเร็จในหน้าที่การทำงาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาขั้นสูงสุดปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรีร้อยละ 5.2 ปริญญาโทร้อยละ 90.2 และปริญญาเอกร้อยละ 4.6 อาจารย์พยาบาลจึงมีความต้องการที่จะมีการศึกษาต่อและมีตำแหน่งทางวิชาการที่สูงขึ้น เพื่อให้ตนเองได้มีโอกาสสร้างสรรค์นวัตกรรมและวิจัยใหม่ๆ มาใช้ประโยชน์ในการทำงาน รวมทั้งยังเป็นที่ปรึกษาในด้านวิจัยและนวัตกรรมแก่นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขต่างๆ ในการพัฒนางานด้านวิชาการแก่หน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญธิดา เทือกสุบรรณ (2550) พบว่า ปัจจัยด้านโอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในที่ทำงานกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมในที่ทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะเหนื่อยล้าใน

การทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.280, p < .01$) แสดงว่าอาจารย์พยาบาลเห็นว่าลักษณะสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง ($M = 3.16; SD = 0.86$) โดยอาจารย์พยาบาลเห็นควรว่าควรมีการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมและเอื้ออำนวยในการทำงาน ได้แก่ แสงสว่าง การระบายอากาศ ความสะอาด และเสียงหรือบรรยากาศในที่ทำงาน รวมทั้งมีอุปกรณ์เครื่องมือในการทำงานที่มีเพียงพอและปลอดภัยสำหรับอาจารย์พยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของบุญธิดา เทือกสุบรรณ (2550) พบว่า ปัจจัยด้านความมั่นคงและปลอดภัยในงาน มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.1 ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า อาจารย์พยาบาลมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ($M = 2.39; SD = 1.49$) แสดงว่าอาจารย์พยาบาลมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ต่ำ ซึ่งอาจจะมีภาวะความอ่อนล้าทางอารมณ์ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่มีภาระงานมากเกินไป และอาจเนื่องจากอาจารย์ได้รับความช่วยเหลือในการทำงานจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน แหล่งฝึก และสายสนับสนุนเมื่อตนเองไม่สามารถทำงานที่รับผิดชอบได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของทมาภรณ์ สุขสวรรค์ และคณะ (2554) พบว่า อาจารย์พยาบาลมีความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.02; SD = .65$)

3.2 ด้านการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า อาจารย์พยาบาลมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานด้านการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.68; SD = 1.25$) แสดงว่าอาจารย์พยาบาลรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลน้อยมาก หรืออาจไม่รู้สึกว่าตนเองมองผู้อื่นในทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาของกนกภรณ์ ใจแก้ว (2551) พบว่า การสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลด้านความรู้สึกล้มเหลวประสบความสำเร็จ

3.3 ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า อาจารย์พยาบาลมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.72; SD = 1.17$) แสดงว่าอาจารย์พยาบาลรู้สึกว่าถูกลดความสำเร็จส่วนบุคคลน้อยมาก หรืออาจไม่รู้สึกว่าตนเองถูกลดความสำเร็จส่วนบุคคล เพราะอาจารย์พยาบาลมีวิธีการปรับตัวของตนเองต่อความรู้สึกทางอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของกนกกร ศรีทาโส (2552) ได้ศึกษาปัจจัยด้านองค์การที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า พยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ

4. ปัจจัยทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านปริมาณงาน เงินเดือนและผลประโยชน์ และโอกาสในการเจริญเติบโต และความก้าวหน้า สามารถร่วมกันทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายการผันแปรภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาลได้ ร้อยละ 46 ($R^2 = 0.46$) แสดงให้เห็นว่าปริมาณงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน อธิบายได้ว่า อาจารย์พยาบาลที่มีภาระงานมากเกินไปจะมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานสูง เนื่องจากอาจารย์ต้องรับผิดชอบงานในหน้าที่ประจำ อีกทั้งมีเวลาจำกัดในงานที่รับผิดชอบทั้งหมด และเกิดความเครียดได้ (บุญธิดา เทือกสุบรรณ, 2550) ส่วนเงินเดือนและผลประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน

อธิบายได้ว่า อาจารย์พยาบาลที่มีเงินเดือนต่ำจะมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานสูง แสดงว่าอาจารย์พยาบาลยังเห็นว่าเงินเดือนและผลประโยชน์ที่นอกเหนือจากเงินเดือนยังไม่เหมาะสมเมื่อเทียบกับปริมาณงานที่หนักและภาระหนี้สินที่มีอยู่ และโอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน อธิบายได้ว่า อาจารย์พยาบาลที่มีโอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้าต่ำจะมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานสูง แสดงว่าอาจารย์พยาบาลเห็นว่าการที่สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีการยกฐานะเป็นสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข อาจารย์พยาบาลจึงต้องมีการเลื่อนตำแหน่งทางวิชาการ รวมทั้งควรได้รับการศึกษาและอบรมต่างๆ เพิ่มเติม ซึ่งถือเป็นความก้าวหน้าอีกลักษณะหนึ่งที่อาจารย์ทุกคนปรารถนาและเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสำเร็จในหน้าที่การทำงาน ตลอดจนพัฒนาคุณภาพของอาจารย์พยาบาล เพื่อเสริมสร้างกำลังใจและเพื่อป้องกันภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจัยด้านปริมาณงาน ผู้บริหารนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดภาระงาน และให้อาจารย์พยาบาลปฏิบัติงานและรับผิดชอบเฉพาะงานในหน้าที่ที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ
2. ปัจจัยด้านเงินเดือนและผลประโยชน์ ผู้บริหารควรมีการทบทวน พิจารณาค่าตอบแทนให้มีความเหมาะสมกับปริมาณงาน และความรู้ความสามารถ อีกทั้งควรมีการพิจารณาให้ค่าตอบแทนในการทำงานล่วงเวลาหรือการมาทำงานในวันหยุดราชการ
3. ปัจจัยด้านโอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้า ผู้บริหารนำไปใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาการลาศึกษาต่อและทุนการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น การเลื่อนตำแหน่งทางวิชาการ และการศึกษาอบรมต่างๆ เพิ่มเติม
4. ด้านการวิจัย ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลทุกเครือข่ายในสถาบันพระบรมราชชนก

เอกสารอ้างอิง

- กนกกร ศรีทาส. (2552). ปัจจัยด้านองค์การที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กนกภรณ์ ใจแก้ว. (2551). ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเครียดในงาน และการเผชิญปัญหา กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ดวงเนตร ธรรมกุล, มาสรีน ศุกลปักษ์ และรัชณี ศุจิจันทร์รัตน์. (2559). คุณภาพชีวิตการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาจารย์พยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 สถาบันพระบรมราชชนก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 184-198.
- กฤษดา แสงวดี. (2550) สถานการณ์ด้านกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. ใน จิณกร โนรี (บรรณาธิการ), วิกฤตกำลังคนด้านสุขภาพทางออกหรือทางตัน (หน้า 49-56). กรุงเทพมหานคร : กราฟิโกซิสเต็มส์.

- ทมาภรณ์ สุขสุวรรณค์, กิ่งแก้ว แสงสว่าง และพิมพ์พิมล เรื่องฤทธิ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมกับภาวะเบื่องานของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(1), 40-47.
- บุญญาภา โพธิ์เกษม, และนุจรี ไชยมงคล. (2558). อาจารย์พยาบาลกับความสุขในการทำงาน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 13-24.
- บุญธิดา เทือกสุบรรณ. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พงษ์จันทร์ ภูษาพานิชย์. (2545). *จิตวิทยาการฝึกอบรม*. เชียงใหม่ : ภาควิชาจิตวิทยาคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีไล พัวรักษา. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการปฏิบัติงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring* (2nd ed.). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Potempa, K. M., Redman, R. W., & Landstrom, G. (2009). *Human resources in nursing education : A worldwide crisis*. *Collegian*, 11(1), 19-23.
- Shipman, D., & Hooten, J. (2008). Without enough nurse educators there will be a continual decline in RNs and the quality of nursing care: contending with the faculty shortage. *Nurse Education Today*, 28(5), 521-523.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ยวิษฐา สุวาสนะ, พย.ม.^{*}

อรพินท์ สีขาว, วท.ม.^{**}

ทวิศักดิ์ กลิมล, ประ.ด.^{***}

Received : December 22, 2020

Revised : May 11, 2021

Accepted : May 16, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ รพ.สต.บางทราย จำนวน 92 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 37.02, SD = 10.17$) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 37.76, SD = 7.87$) ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 7.90 เท่า ผู้ที่เป็นเบาหวานระยะเวลา 6-10 ปี 11- 15 ปี และมากกว่า 15 ปี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรค 1-5 ปี ที่ 8.82 เท่า (95% CI; 1.34 – 57.86) 4.43 เท่า (95% CI; 0.743 – 26.46) และ 39.84 เท่า (95% CI; 5.06 – 313.5) ตามลำดับ ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี ที่ 0.046 เท่า (95% CI; 0.004 - 0.49) และ 0.771 เท่า (95% CI; 0.070 – 8.50) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ : ควรมีการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

* พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ผู้ให้การติดต่อ : yawitthaasu@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

The Association of Personal Factor, Health Literacy, Self-care Behaviors and Glycemic Control in People with Type 2 Diabetes

Yawitthaa Sukwassana, M.N.S. *

Orapin Sikaow, M.Sc. **

Taweesak Kasiphol, Ph.D. ***

Abstract

This descriptive study aims to study health literacy, self-care behaviors, and studying personal factors, health literacy and self-care behaviors related to glycemic control of type 2 diabetic patients. The samples included a total of 92 people with diabetes who came to receive services at Bang Sai health promotion hospital. Data was collected by questionnaires and analyzed by using descriptive statistics and logistic regression.

The results showed that health literacy and self-care behaviors scores of patients with type 2 diabetes were at a moderate level, ($M = 37.02$, $SD = 10.17$ and $M = 37.76$, $SD = 7.87$ respectively). The findings showed that education, duration of disease and health literacy are significantly related to glycemic control. Patients with an education higher than primary school had 7.9 times better control of their blood sugar than participants who had a lower level of education. Participants with a duration of disease about 6-10 years, 11-15 years and more than 15 years could control their blood sugar 8.82 (95% CI; 1.34 – 57.86) , 4.43 (95% CI; 0.743 – 26.46) and 39.84 times (95% CI; 5.06 – 313.5) respectively better than the group of 1-5 years. In term of health literacy, patients with moderate and higher health literacy also control their blood sugar better than the patients with a lower level of health literacy: 0.046 (95%CI; 0.004 - 0.49) and 0.771 times (95% CI; 0.070 – 8.50) respectively.

Suggestion: Medical unit ought to design diabetic care programs to promote health literacy and self-care behaviors for the uncontrol diabetic patients.

Keywords: Health Literacy, Self-Care Behaviors, Glycemic Control, Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

* Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner) Huachiew Chalermprakiet University; Corresponding Author
e-mail : yawitthaasu@gmail.com

** Associate Professor. Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

*** Assistant Professor. Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

บทนำ

โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เป็นภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ที่ทำให้ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หลอดเลือด และพบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากปัญหาและอุปสรรคเรื่องการรับประทานอาหารในปริมาณมาก การงดอาหารรสชาติหวานไม่ได้ (สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, นิลุบล นันทา และจุฑามาศ สุขเกษม, 2560) ไม่สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ (American Diabetes Association, 2012) ไม่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงเสริม เช่น สูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนพฤติกรรมการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (สลิตา รันนันท์ และพาพร เหล่าสีนาค, 2562) โดยพบการลืมรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 1.7 รับประทานยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 0.8 และพบการขาดยาร้อยละ 0.4 (รินจิตร เพชรชิต, 2557) ผลกระทบจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและกลายเป็นภาระทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (นิตยา พันธุเวทย์ และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ดีที่สุด (อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ชีระทองคำ, นพวรรณ เปียชื่อ และสมนึก สกูลหงส์ โสภณ, 2558) หากผู้ป่วยไม่ควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงทางกาย จะส่งผลให้ร่างกายดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (Karam, & McFarlane, 2011) ซึ่งมีความสอดคล้องกับกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (2559) ที่กล่าวไว้ว่า ประชาชนคนไทยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องมาจากการขาดความรู้ด้านสุขภาพ จึงทำให้มีแบบแผนสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้สุขภาพแย่ลงและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นการแสดงทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดความสามารถของบุคคลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง (World Health Organization [WHO], 1998) องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นลักษณะของบุคคลและการรู้จักใช้ทรัพยากรทางสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจ ใช้ข้อมูล และการใช้บริการ เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (WHO, 2011) ดังนั้นรัฐบาลจึงได้ให้ความสำคัญโดยระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 เรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยให้เหมาะสมกับการมีสุขภาพที่ดี ด้วยวิธีการสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมการเรียนรู้ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2559)

ความสามารถและทักษะการจัดการตนเองเป็นความรู้ด้านสุขภาพที่มีองค์ประกอบ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยความรู้ด้านสุขภาพ เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับศักยภาพของบุคคล บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเข้มแข็ง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่จะส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในทางลบ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเบาหวานที่สูงขึ้นมีแนวโน้มการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น และคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีแนวโน้มสุขภาพแย่กว่าคนที่มีการศึกษาสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง (จตุพร แต่งเมือง และเบญจา มุกตพันธุ์, 2561) และยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีการใช้บริการป้องกันสุขภาพต่ำและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต่ำ (Berkman et al., 2011) หรืออีกนัยหนึ่ง คือ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะพบปัญหาทางด้านสุขภาพและมีสุขภาพไม่ดีขึ้นทำให้เกิดโรคตามมา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ในขณะที่พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (วรรณรัตน์ รัตนวรงค์ และวิทยา จันทรทา, 2561) และมีการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองรวมถึงการใช้อย่างเหมาะสม (Ishikawa, & Yano, 2011) โดย Sorensen et al. (2012) ได้กล่าวถึง แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แสดงถึงมิติการพัฒนาที่เริ่มต้นจากระดับปัจเจกบุคคลว่า มนุษย์มีความจำเป็นต้องพึ่งระบบสุขภาพและทางสาธารณสุขในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ใช้อข้อมูลสุขภาพของบุคคลสำหรับการตัดสินใจเรื่องสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Liu et al., 2015 ; Fernandez et al., 2016)

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความจำเป็นมากต่อการมีสุขภาพที่ดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นโรงพยาบาลประจำตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตนั้นๆ สำหรับที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี ให้การดูแลประชากร จำนวน 8,770 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในความดูแลจำนวน 325 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.87 ของประชากรทั้งหมด โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาอายุตั้งแต่ 35 – 85 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.53 เพศชาย ร้อยละ 30.47 ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ 50 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย, 2562) ทั้งๆที่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประจำสัปดาห์ละ 1 วัน โดยผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ ในด้านการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัว นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารภายในชุมชนทุกสัปดาห์ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน จากข้อมูลการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะมารับบริการด้วยตนเองตามนัดทุกครั้ง ซึ่งต่างจากคนที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มักจะให้ญาติมารับยาแทนเป็นประจำ และมาพบแพทย์เพื่อตรวจระดับน้ำตาลนานๆ ครั้ง ซึ่งมักจะพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุ พบว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่าตำบลบางทรายเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีประชากรหลากหลายระดับที่มีทั้งการโยกย้ายถิ่นฐานเพื่อหางานทำ มีทั้งคนจนและคนรวย และมี

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน จึงยากต่อการควบคุมระดับน้ำตาล อีกทั้งยังมีความหลากหลาย ในปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย ซึ่งเป็นเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลชลบุรี จะได้รับข้อมูลการส่งต่อระหว่างกันและกันอย่าง ครบถ้วน ทำให้บุคลากรสะดวกในการติดตามผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล เอกชน บุคลากรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย จะไม่ได้รับข้อมูลเพื่อการติดตาม เป็นเหตุ ให้ไม่สามารถที่จะเข้าถึงผู้ป่วยในชุมชนได้ทุกคน (บุศรา สุขสวัสดิ์, 2563) สาเหตุเหล่านี้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจ ที่จะหาแนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยเชื่อว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็น พื้นฐานให้บุคคลมีข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัย จึงเลือกที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและนำไปพัฒนา บริการคลินิกโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแล ตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 325 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย เบาหวานที่ชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 92 คน โดยใช้วิธีการคำนวณจากโปรแกรม G* Power 3.1.9.2 ผู้วิจัย กำหนดค่าดังนี้ ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.5 (medium size) ค่าความคลาดเคลื่อน (α err prop) = 0.05 อำนาจทดสอบ (Power) = 0.80 คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายจากเวชระเบียนผู้ป่วยและคู่มือที่นัด ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การมีโรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด 6 ตอน จำนวน 30 ข้อ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนและ แปลผลของอังคินันท์ อินทรกำแหง และธัญชนก ขุมทอง (2560) แปลผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และใช้เกณฑ์นี้ในการให้คะแนนรายด้านของความรู้ด้านสุขภาพด้วย ซึ่งมีคะแนนเต็ม 62 คะแนน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า < 37.2 แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 37.2 – 49.6 แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนมากกว่า 49.6 แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรักษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ใช้เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลของอังคินันท์ อินทรกำแหง และธัญชนก ชุมทอง (2560) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 57 คะแนน ดังนี้

คะแนน < 34.2 แสดงว่ามีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 34.2 – 45.6 แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนมากกว่า 45.6 แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

2. การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ปรับปรุงขึ้น หากคุณภาพของเครื่องมือในด้านความเที่ยงตรง ทำการวิเคราะห์ความแม่นยำตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.827 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.67 จึงเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และมีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาสูงแสดงว่าเครื่องมือวิจัยฉบับนี้มีคุณภาพที่ดี

3. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ รพ.สต.บ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น พบว่า ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ตอนที่ 1 และตอนที่ 5 นำผลที่ได้มาหาค่า KR-20 ได้ค่า $r = 0.737$ และ $r = 0.91$ ตามลำดับ ส่วน ตอนที่ 2, 3, 4 และ 6 และ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและด้านการรักษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค โดยแบบสอบถามตอนที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.714, แบบสอบถามตอนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.859, แบบสอบถามตอนที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96, แบบสอบถามตอนที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.716 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.706 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามมีค่าเป็นบวกและเข้าใกล้ 1 แสดงว่าแบบสอบถามดังกล่าว มีความเชื่อมั่นสูงและสามารถนำไปใช้ได้เป็นอย่างดี

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.969/2563 วันที่รับรอง 20 กรกฎาคม 2563 และในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สิทธิในการยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและการเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยจะให้อ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิและลงนามในเอกสารดังกล่าว หลังจากนั้นให้อิสระในการตอบแบบสอบถามและตอบข้อซักถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

6.2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา การมีโรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับการควบคุมระดับน้ำตาล สดสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.60 และมีอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 65.20 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.70 และมีโรคร่วมถึงร้อยละ 80.40 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานอยู่ที่ 6-10 ปี ร้อยละ 29.30 และมีระดับ น้ำตาลสดสมในเลือดน้อยกว่าเท่ากับ 7 mg% ร้อยละ 52.20 มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 7 mg% ร้อยละ 47.80

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 37.02$, $SD = 10.17$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ไม่มีด้านใดเลยที่อยู่ในระดับดี ซึ่งพบว่ามีอยู่ 3 ด้านที่มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ ทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($M = 7.33$, $SD = 1.61$) ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($M = 10.30$, $SD = 3.89$) และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($M = 10.13$, $SD = 2.95$) และมีอยู่ 3 ด้านที่มีความรอบรู้ในระดับไม่ดี ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($M = 3.61$, $SD = 2.51$) ทักษะการตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($M = 1.54$, $SD = 1.18$) และทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($M = 4.08$, $SD = 2.31$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามภาพรวม และรายด้าน (n=92)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ช่วงคะแนน	M	SD	แปลผล
1) ทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	0 - 10	7.33	1.61	พอใช้
2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	0 - 9	3.61	2.51	ไม่ดี
3) ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	0 - 15	10.30	3.89	พอใช้
4) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	0 - 15	10.13	2.95	พอใช้
5) ทักษะการตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	0 - 4	1.54	1.18	ไม่ดี
6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	0 - 9	4.08	2.31	ไม่ดี
ภาพรวม	0 - 62	37.02	10.17	พอใช้

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 37.76$, $SD = 7.87$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรักษามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับดี ($M = 15.18$, $SD = 3.06$) รองลงมาคือด้านการบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ (M

= 18.72, $SD = 4.83$) และด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับไม่ดี ($M = 3.84$, $SD = 1.98$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามภาพรวม และรายด้าน (n=92)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	แปลผล
ด้านการบริโภคอาหาร	0-30	18.72	4.83	พอใช้
ด้านการออกกำลังกาย	0-9	3.84	1.98	ไม่ดี
ด้านการรักษา	0-18	15.18	3.06	ดี
ภาพรวม	0-60	37.76	7.87	พอใช้

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยสถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ทำการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเกี่ยวข้องของตัวแปรเพื่อป้องกันการเกิดความสัมพันธ์ที่สูงเกินไป (Multicollinearity) ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีค่า r อยู่ระหว่าง 0.43 ถึง 0.13 ซึ่ง ค่า r ไม่เกิน 0.75 แสดงว่าตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเกี่ยวข้องกันอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น Multicollinearity จึงไม่ส่งผลกระทบต่อสมการ ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. การศึกษา	1					
2. การมีโรคร่วม	-0.164	1				
3. ระยะเวลาเป็นเบาหวาน	-0.025	0.164	1			
4. พฤติกรรม การดูแลตนเอง	0.033	0.156	0.290**	1		
5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.242*	-0.072	0.220*	0.392**	1	
6. การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	0.139	-1.131	0.010	0.310**	0.431**	1

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic Regression Analysis) ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การมีโรคร่วม และพฤติกรรม การดูแลตนเอง ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน และความรู้ด้านสุขภาพ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ และดังรายละเอียดในตารางที่ 4

1) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$) โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาพบว่าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากที่สุด ร้อยละ 64.60 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าระดับประถมศึกษาจะมีโอกาสเกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้น้อยกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.00 (95% CI; 0.21 – 1.34)

2) ระยะเวลาการเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) โดยผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีระยะเวลา 6-10 ปี จะมีโอกาสเกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 2.27 เท่า (95% CI; 0.58 – 8.79) ของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีระยะเวลา 1-5 ปี ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีระยะเวลา 11-15 ปี จะมีโอกาสเกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 2.75 เท่า (95% CI; 0.74 – 12.5) ของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีระยะเวลา 1-5 ปี และ ผู้ที่เป็นเบาหวาน 11-15 ปี มีโอกาสเกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เพิ่มขึ้น 10.25 เท่าของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีระยะเวลา 1-5 ปี (95% CI; 2.31 – 45.4)

3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) โดยผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้จะมีโอกาสเกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สูงกว่าผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี ร้อยละ 11.70 (95% CI; 0.02 – 0.54) และผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีจะมีโอกาสเกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สูงกว่าผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี ร้อยละ 49 (95% CI; 0.11 – 2.15)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ในเลือด				Crude OR (95%CI)	Adjust OR (95%CI)	p-value
	ควบคุมได้		ควบคุมไม่ได้				
	n	%	n	%			
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา ^(Ref)	34	77.30	31	64.60			0.007
สูงกว่าประถมศึกษา	10	22.70	17	35.40	0.53 (0.21-1.3)	0.53 (0.21-1.34)	
การมีโรคร่วม							
มีโรคร่วม ^(Ref)	33	75.00	41	85.40			0.213
ไม่มีโรคร่วม	11	25.00	7	14.60	0.51 (0.17-1.46)	0.51 (0.17-1.46)	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด				Crude OR (95%CI)	Adjust OR (95%CI)	p-value
	ควบคุมได้		ควบคุมไม่ได้				
	n	%	n	%			
ระยะเวลาที่เป็นโรค							
1-5 ปี ^(Ref)	10	22.70	13	27.10			
6-10 ปี	11	25.00	16	33.30	2.15 (0.58-8.00)	2.27 (0.58-8.79)	
11-15 ปี	18	40.90	5	10.40	2.73 (0.65-11.4)	2.75 (0.74-12.5)	
มากกว่า 15 ปี	5	11.40	14	29.20	10.08 (2.43-41.82)	10.25 (2.31-45.4)	
พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง							
พฤติกรรมไม่ดี ^(Ref)	9	20.50	23	47.90			0.255
พฤติกรรมพอใช้	25	56.80	21	43.80	0.15 (0.03-0.63)	0.28 (0.06-1.29)	
พฤติกรรมดี	10	22.70	4	8.30	0.47 (0.13-1.74)	0.55 (0.13-2.20)	
ความรู้ด้านสุขภาพ							
ความรู้ไม่ดี ^(Ref)	9	20.50	30	62.50			0.000
ความรู้พอใช้	25	56.80	15	31.20	0.09 (0.02-0.39)	0.117 (0.02-0.54)	
ความรู้ดี	10	22.70	3	6.20	0.50 (0.11-2.11)	0.49 (0.11-2.15)	

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 37.02, SD = 10.17) จากการศึกษาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ทำให้การอ่านออกเขียนได้ ยังไม่แตกฉานนัก ทำให้ไม่เข้าใจเมื่ออ่านความรู้ในการดูแลตนเองและไม่สามารถสื่อสารด้านสุขภาพได้อย่างเข้าใจและไม่สามารถนำความรู้มาสู่การปฏิบัติในการดูแลตนเองได้ดีพอ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาที่สูงขึ้นจะเป็นผู้ที่มีความรู้และมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ทำให้มีความเข้าใจเมื่ออ่านความรู้ในการดูแลตนเองและสามารถสื่อสารด้านสุขภาพได้เข้าใจมากขึ้นและสามารถนำความรู้มาสู่การปฏิบัติในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ พงษ์ภุมมา และศุภรา หิมานันโต (2560) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เช่นเดียวกับการศึกษาของ โสภิต แสงทอง (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กรณีศึกษาโรงพยาบาลกระบี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.50 สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่านี้ ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านหนังสือออก และมีความเข้าใจเมื่อได้อ่านเอกสารทางสุขภาพจึงมีโอกาสแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเอง รู้จักใช้ความรู้ที่ได้แสวงหามานั้นมาปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองได้อย่างชำนาญจนเกิดเป็นความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นโดยเฉพาะการรู้จริง รู้แจ้งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 37.76$, $SD = 7.87$) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ รพ.สต.บางทราย จะมีผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และควบคุมไม่ได้มีจำนวนเท่าๆ กัน ซึ่งผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เนื่องจากกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดทุกครั้งและจะได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทางสุขภาพเป็นอย่างดีทุกครั้ง ซึ่งการให้ความรู้ที่ชัดเจนจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และมีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ดีที่สุด (อรุณี สมพันธ์ และคณะ, 2558) หากผู้ป่วยไม่ควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงทางกาย จะส่งผลให้ร่างกายดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (Karam, & McFarlane., 2011) ซึ่งมีความสอดคล้องกับกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (2559) ที่กล่าวไว้ว่า ประชาชนคนไทยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องมาจากการขาดความรู้ด้านสุขภาพ จึงทำให้มีแบบแผนสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้สุขภาพแย่ลงและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

3. ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$) โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาพบว่าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากที่สุด ร้อยละ 64.60 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าระดับประถมศึกษาจะมีโอกาสเกิดการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ลดลงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 7.90 (95% CI; 1.77 - 35.18) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะเป็นผู้ที่มีความรู้และมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ทำให้มีความเข้าใจเมื่ออ่านความรู้ในการดูแลตนเองและสามารถสื่อสารด้านสุขภาพได้เข้าใจมากขึ้นและสามารถนำความรู้มาสู่การปฏิบัติในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของวิชา จันทรทา (2559) ทำการศึกษาเรื่องความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ ระดับการศึกษา และความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.1) ระยะเวลาการเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) โดยผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีระยะเวลา 6-10 ปี 11-15 ปี และมากกว่า 15 ปี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 1-5 ปี ที่ 8.82 เท่า (95% CI; 1.34 - 57.86) 4.43 เท่า (95% CI; 0.743 - 26.46) และ 39.84 เท่า (95% CI; 5.06 - 313.5) ตามลำดับ เนื่องจากระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานยิ่งนานเท่าใดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนหรือที่เรียกว่าการมีโรคร่วมก็จะมากขึ้นด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่ค้นพบว่าตนมีโรคร่วมในระยะแรกๆ จะมีความใส่ใจสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคร่วมที่เกิดขึ้น และพยายามค้นหาความรู้ด้านสุขภาพต่าง ๆ นำมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติ โพธิ์สัตย์ และคณะ (2557) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคแทรกซ้อนในระยะแรกจะมีการปรับ

พฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างเข้มงวด โดยการรับประทานอาหารประเภทไขมันต่ำ และออกกำลังกาย 150 นาทีต่อสัปดาห์ สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ร้อยละ 58 เช่นเดียวกับการศึกษาของจิราพร เดชมา, วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และวิชุดา กิจธรรรม (2556) พบว่าความสามารถในการควบคุมโรคของตนเองมีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยหากผู้เป็นเบาหวานมีความสามารถในการควบคุมโรคของตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะลดลง 2.337 หน่วย โดยที่ความสามารถในการควบคุมโรคอธิบายการเปลี่ยนแปลงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้ร้อยละ 3.0

3.2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ ที่ 0.046 เท่า (95% CI; 0.004 - 0.49) 0.771 เท่า (95% CI; 0.070 - 8.50) ตามลำดับ ซึ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีความสามารถในการอ่านหนังสือออก และมีความรู้ความเข้าใจเมื่อได้อ่านเอกสารทางสุขภาพจึงมีโอกาสดูแลตนเอง รู้จักใช้ความรู้ที่ได้แสวงหามานั้นมาปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองได้อย่างชำนาญจนมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี นั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถใช้ทักษะขั้นพื้นฐาน รับรู้เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งสาเหตุ การรักษา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และดูแลตนเองได้ถูกต้อง สามารถติดต่อสื่อสาร มีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ เลือกข้อมูลที่ได้รับมาปรับใช้ได้ มีการจัดการกับตนเองให้เหมาะสมกับภาวะของโรค สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ว่าบุคคลที่มีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ประเมิน เลือกใช้ข้อมูลที่มีคุณภาพ จะสามารถนำความรู้ไปปรับใช้กับภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของจริยา นพเคราะห์ และคณะ (2563) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีในระดับดีจะมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดกิจกรรม/โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและเป็นเบาหวานมานานกว่า 6 ปี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุกศึกษา และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2559). *คู่มือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- จตุพร แต่งเมือง และเบญจา มุกตพันธุ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสุขภาพ, 41*(1),103-113.

- จริยา นพเคราะห์ โรจน์ จินตนาวัฒน์ และทศพร คำผลศิริ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการตนเองผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร*, 47(2), 251-261.
- จิราพร เดชมา, วนิดา ศุรงค์ฤทธิ์ชัย และวิชุดา กิจธรรม. (2556). การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(2), 63-80.
- นิตยา พันธุ์เวทย์ และนุชรี อาบสุวรรณ. (2553). *การศึกษาพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน*. นนทบุรี: สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- บุศรา สุขสวัสดิ์. (2563). *การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี*. การสัมมนา วันที่ 27 มีนาคม 2563 เวลา 13.00-14.00 น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย.
- รื่นจิต เพชรชิต. (2557). พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(2), 15-28.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย. (2562). *รายงานประจำปี 2561*. ชลบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย (เอกสารอัดสำเนา).
- ลักขณา พงษ์ภูมิมา และศุภรา หิมานันโต. (2560). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 20(2), 67-76.
- วรรณรัตน์ รัตนวรงค์ และวิทยา จันทร์ทา. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 24(2), 34-51.
- วิทยา จันทร์ทา. (2559). *ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิชาเอกการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สลิดา รันนันท์ และพพร เหล่าสีนาท. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(3), 138-148.
- สุวรรณ ศรีอัยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, นิลุบล นันทา และจุฑามาศ สุขเกษม. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(2), 93-103.
- สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, เนติมา คูณีย์, รัชนิบูลย์ อุดมชัยรัตน์, พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์, สุริพร คนละเอียด, ศุภลักษณ์ มีรัตนไพร และเกตุแก้ว สายน้ำเย็น. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี : อาร์ต ควอลิไฟท์.
- โสภิต แสงทอง. (2556). *ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานกรณีศึกษาโรงพยาบาลกระบี่*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

- อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ชีระทองคำ, นพวรรณ เปียชื่อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2558). ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวาน. *รวมาริบดีพยาบาลสาร*, 21(1), 96-109.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง และธัญชนก ชุมทอง. (2560). การพัฒนาเครื่องมือวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น. *วารสารพยาบาล สาธารณสุข*, 31(3) 1-16.
- American Diabetes Association. (2012). Standards of medical in diabetes-2012. *Diabetes Care*, 35, S11- S63.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A.,...Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence report/technology assessment*, (199), 1-941.
- Fernandez, D. M., Larson, J. L., & Zikmund-Fisher, B. J. (2016). Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. *BMC Public Health*, 16, 596.
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2011). The relationship of patient participation and diabetes outcomes for patients with high vs. low health literacy. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 393-397.
- Karam, J. G., & McFarlane, S. I. (2011). Update on the prevention of type 2 diabetes. *Current Diabetes Reports*, 11(1), 56-63.
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. E., Chen, Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: a survey of elderly Chinese. *International journal of environmental research and public health*, 12(8), 9714-9725.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- World Health Organization. (1998). Health literacy. In World Health Organization, *Health Promotion Glossary* (p. 10). Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2011). *Diabetes Mellitus*. Retrieved from http://www.int./topics./diabetes_mellitus/en/.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

อณัญญา ลาลุน, วท.ม.*
บษพร วิรุณพันธ์, วท.ม.**

Received : November 21, 2020

Revised : May 27, 2021

Accepted : May 27, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติในคลินิกโรคเรื้อรัง และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่าผลของคะแนนและระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมโดยรวมมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับสูงมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00$) และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ทั้งในด้านสุขภาพการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ออกไปสู่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด
คุณภาพชีวิต

* อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ผู้ให้การติดต่อ e-mail : mininok.120422@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Effects of Self-Management Programs on Hemoglobin A1C Levels and Quality of Life in People with Diabetes Mellitus in the District of Kangkhro Hospital, Chaiphum Province

Ananya Lalun, M.Sc.^{*}

Botsaporn Wirunphan, M.Sc.^{**}

Abstract

This research was a quasi-experimental study. The objectives of this study were to study the effect of a self-management program on hemoglobin A1C (HbA1C), quality of life, and self-management behaviors among patients with type 2 Diabetes Mellitus (DM) in the area of responsibility of Kangkhro Hospital, Chaiphum Province. The sample consisted of 60 peoples with type 2 DM, divided into an experimental and control group, with 30 each. The control group received routine care in the chronic disease clinic and the experimental group received a 12-week self-management program. The research tool was a self-management behavior questionnaire, Hemoglobin A1C levels record form, and quality of life questionnaire. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and Independent t-test.

The results of the study revealed that after receiving the program, the experimental group had a statistically significant better mean of self-management behavior than before receiving the program. Moreover, an experimental group has a higher level of self-management behavior than the control group ($p = 0.00$). The mean Hemoglobin A1C level was statistically significantly better than the control group. However, the experimental group and the control group had an overall quality of life in all aspects at a moderate level. This program has shown the effectiveness of self-management in controlling blood sugar levels among people with DM resulting in both health and quality of life. Therefore, this program should implement in people with DM who are unable to control accumulated blood glucose levels.

Keywords: self-management program, self-management behavior, hemoglobin A1C levels, quality of life

^{*} Department of Nursing adult and ageing , Faculty of Nursing, Chaiphum Rajabhat University
Corresponding Author e-mail: mininok.120422@gmail.com

^{**} Department of Nursing adult and ageing, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก องค์การอนามัยโลกพบว่า 1 ใน 20 ของประชากรโลกป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 387 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรป่วยด้วยโรคเบาหวานมากขึ้นถึง 600 ล้านคนทั่วโลก นอกจากนี้ในปี 2557 มีผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 8.5 อีกทั้งโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตโดยตรง 1.6 ล้านคน และการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึง 2.2 ล้านคน (World Health Organization, 2021) ในประเทศไทยพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการป่วยอันดับต้นๆในกลุ่มโรคเรื้อรังโดยพบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ปี 2559 - 2562 เท่ากับ 960.18, 1010.15, 1125.90 และ 1205.76 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 24.47, 23.77, 23.34 และ 25.92 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) จังหวัดชัยภูมิพบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ปี 2559-2562 เท่ากับ 1457.30, 1531.28, 1619.20 และ 1621.36 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 28.11, 26.80, 27.24 และ 28.85 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตก็เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาในระยะสั้นและระยะยาวต่อหลอดเลือดขนาดเล็กและใหญ่โดยพบร้อยละ 93.6 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ (อุมาลี ธรศรี, พัทธราณี ภวตุกุล, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และกานดาวิสี มาลีวงษ์, 2561; ศุภรัฐ พูนกล้า และสุสิน เอกา, 2562; นงนภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑภาศ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอิง และน้ำฝน วิจิรัตน์พงษ์เมธี, 2560) หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ในที่สุด (อรพินท์ สีขาว, 2559) เช่น โรคเบาหวานขึ้นตา จนถึงตาบอด โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง การเกิดแผลเรื้อรังหรือเกิดแผลที่เท้า เป็นต้น ก่อให้เกิดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี (ภาวิณี ชุ่มเฉียง, ปิ่นหทัย ศุภเมธพร และณิกานต์ ทรงไทย, 2561)

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นนั้นมีหลายมิติทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ดูแล และสังคม คือไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้สำเร็จส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหากไม่สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ต้องใช้ความพยายาม ความอดทนต่อการสู้กับการเจ็บป่วย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รู้สึกไม่มีคุณค่า แยกตัว ละเลยในการดูแลตนเองท้ายที่สุดทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (อรพินท์ สีขาว, 2559) การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นการกระทำที่บุคคลสามารถดูแลตนเอง บุคคลในครอบครัวให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ (อรพินท์ สีขาว, 2559) การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคม การประกอบอาชีพทำให้มีรายได้ลดลง (นงนภัทร รุ่งเนย และคณะ, 2560) แต่รายจ่ายกลับเพิ่มขึ้น และยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในสถานบริการทุกระดับ ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวและภาครัฐเป็นอย่างมาก (บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ และน้ำเพชร สายบัวทอง, 2551; สุมาลี หงษาวงศ์, 2562) ดังนั้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน คือการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการดูแลรักษาโรค สามารถจัดการตนเอง แก้ไขปัญหาเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

(วิโรจน์ เจียมจรัสศรี, 2556) เป้าหมายที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยคือผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานมีหลายวิธี เช่น การรักษาตนเอง การปรึกษากันในเครือข่าย การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเอง (นางนภัทร รุ่งเนย และคณะ, 2560) นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ตลอดจนการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนได้ ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลตนเองในทุกๆ ด้าน ซึ่งในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยนั้นมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานน้อย ขาดความตระหนักเกี่ยวกับอาหาร การมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ทักษะการเลือกรับประทานอาหารน้อย ไม่ได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว (สุมาลี ธรศรี และคณะ, 2561) จึงอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปีเป็นอันดับที่ 1 ในจำนวน 5 โรคนอกจากนี้พบอัตราการป่วยและมารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น 4-5 เท่า โดยในปี 2560-2562 มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 632, 648 และ 713 ตามลำดับ ซึ่งคาดการณ์ว่ามีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 19 คนต่อวัน หากไม่สามารถป้องกันและควบคุมโรคได้ จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการบริการ การควบคุมและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยไม่ได้พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 72 จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีเกิดจากการลืมรับประทานยา การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมอาหาร การปรับยาเองของผู้ป่วย ตลอดจนการขาดคนดูแล เป็นต้น (วงเดือน ภาชา, สุชัยญา เบญจวัฒนานนท์, ภาณุจนา เปสี และพนิตนาฏ รักษ์มณี, 2554) นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ดังนั้นการจัดการตนเองจึงเป็นเรื่องสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองถือเป็นภารกิจที่สำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลและมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่จำเป็นได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (1991) ไปใช้ในการจัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (1991) ที่เน้นเกี่ยวกับการจัดการด้วยตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีการกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้และทำให้มีความมั่นใจในการจัดการกับพฤติกรรมตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล และสุนีย์ ละกะปิ่น, 2562) สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ มีการติดตามประเมินระดับน้ำตาลในเลือดอยู่เสมอ ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดถือเป็นสิ่งสำคัญเป็นบทบาทของผู้ป่วยที่จะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการจัดการดังกล่าวมาใช้ในการจัดกิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental) ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (two-group, pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และอาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 498 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับบริการในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่า = 0.80 ระดับนัยสำคัญ = 0.05 และ Effect Size = 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563 – กันยายน 2563 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusive) ดังนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูดและการฟังสื่อสารเข้าใจ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ตั้งแต่ 7 ขึ้นไปและมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 mg% สามารถสื่อสารเข้าใจ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็นและการพูดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยส่วนเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusive) ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่สมัครใจเข้าร่วมหรือย้ายถิ่นฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์ขึ้นตามแนวคิดการจัดการของ แคนเฟอร์ (1991) ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ สื่อประกอบที่ใช้ในการดำเนินการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย คู่มือการจัดการตนเอง แผ่นพับ ภาพแผ่นพอลิกราฟการอาหาร และการออกกำลังกาย แบบบันทึกการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด โปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน วีดิทัศน์ และแผนการสอน

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือมาจากสาวิตรี นามพะธาย (2561) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการ

ตนเอง (Kanfer, 1991) เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหาและทักษะการวางแผนจัดการปัจจัย จำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร 16 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 4 ข้อ ด้านการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด 3 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 วัน ปฏิบัติ 3-4 วัน ปฏิบัติ 1-2 วันและไม่ปฏิบัติ สำหรับคำถามด้านบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 สำหรับข้อคำถามด้านลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 แปลผลระดับโดยใช้คะแนนรวมดังนี้ < 85.9 คะแนน ระดับต่ำ 86-135.9 คะแนน ระดับปานกลาง และ 136-185 คะแนนระดับสูงและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ ผู้วิจัยได้นำไปความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านคือแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเรื้อรัง 1 คน และอาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน เพื่อพิจารณาเนื้อหาและนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีบริบทคล้ายคลึงกันและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ .92 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองและแบบคุณภาพชีวิตเท่ากับ .86 และ .93 ตามลำดับ

การเจาะระดับน้ำตาลสะสมในเลือดโดยการนัดผู้ป่วยให้มาเจาะเลือดในสัปดาห์ที่ 12 และหรือวันใกล้เคียงได้มีการแจ้งผู้ป่วยอย่างชัดเจนโดยมาเจาะเลือดตรวจที่โรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ 015/2562 ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการของการวิจัยในมนุษย์ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและสอบถามความสมัครใจในการร่วมโครงการวิจัย ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งได้ชี้แจงรายละเอียดต่างๆ การรักษาความลับและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย จะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมไปใช้ประโยชน์ต่อไป ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยินดีและลงนามในใบยินยอมให้เก็บข้อมูลในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะดังนี้

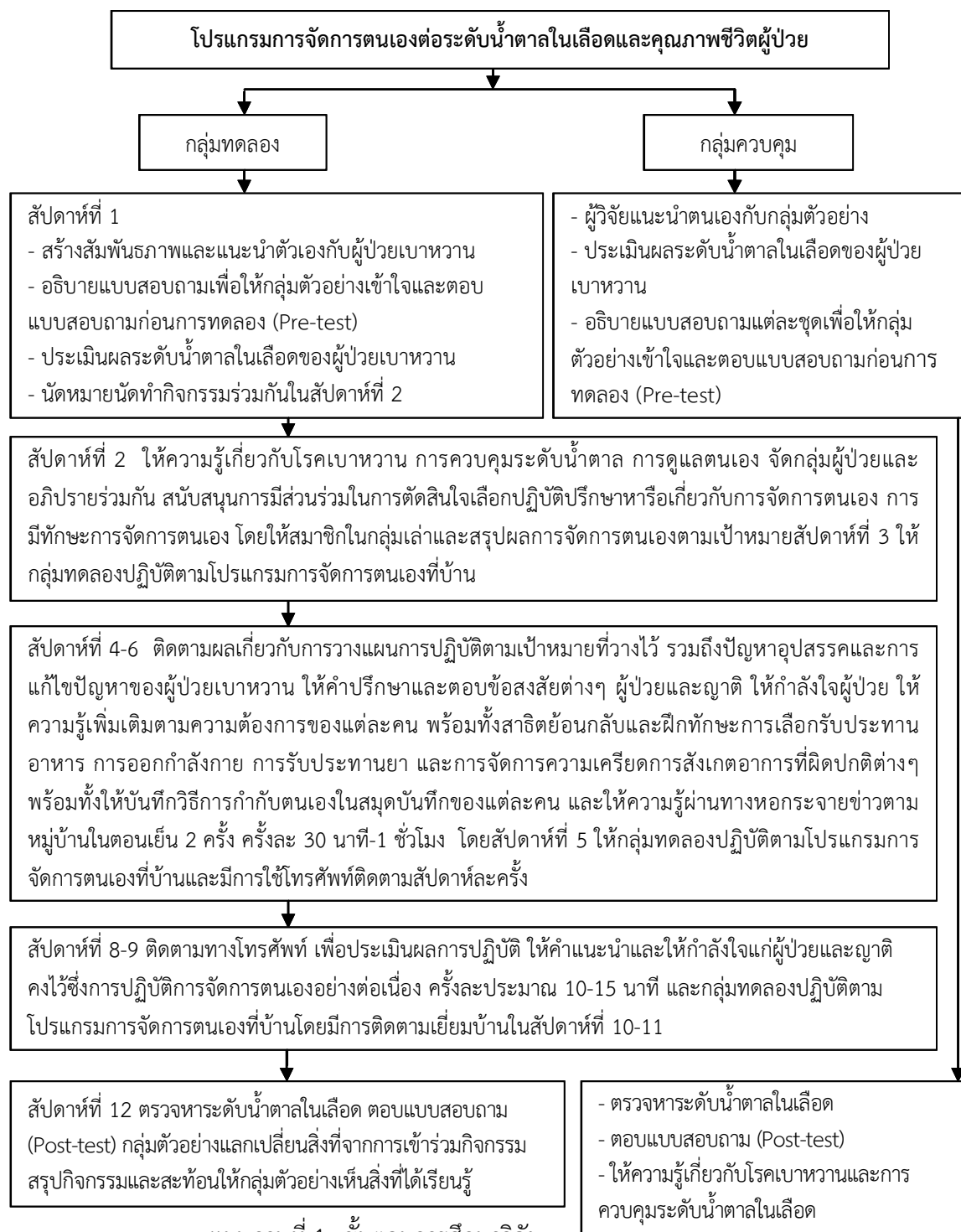
1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยสำรวจและมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยจับคู่ให้ผู้ป่วยมีลักษณะคล้ายคลึงกันทั้งอายุ ระยะเวลาการป่วย ระดับการศึกษาสุ่มโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน จากนั้นได้เข้าพบกับผู้ป่วยและแจ้งถึงวัตถุประสงค์ ตลอดจนขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เตรียมผู้ช่วยในการวิจัยโดยการประชุมวางแผนให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ประสานงานกับบุคลากรและอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลคลินิกโรคเรื้อรัง 2 วัน แยกกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการพยาบาลตามปกติจากคลินิกโรคเรื้อรัง ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 นั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทดลองจน อสม.ได้เข้าพบผู้ป่วยที่คลินิกโรคเรื้อรังเพื่อให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการ

ตนเอง แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และเจาะเลือดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและมอบแผ่นพับ และคู่มือการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเท่าเทียมกัน

3. ระยะประเมินผล เป็นการตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ประเมินผลพฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและคู่มือการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากผู้วิจัยเพื่อให้เกิดความเท่าเทียม



แผนภาพที่ 1 : ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิตและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าอาชีพไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) เมื่อเปรียบเทียบ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) เมื่อพิจารณาข้อมูลคุณลักษณะประชากรพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 เพศชาย ร้อยละ 10.0 กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.3 เพศชายร้อยละ 26.7 โดยส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 83.3 และ 76.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.3. และ ร้อยละ 46.00 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 56.7 และร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมร้อยละ 70.00 ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 50.0 และ ร้อยละ 70.0 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมระดับ 7-7.9 ร้อยละ 56.7 และ ร้อยละ 43.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเปรียบเทียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองในทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าด้านการออกกำลังกายมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ($M = 124.00$) รองลงมาคือด้านการจัดการความเครียด ($M = 120.33$) และด้านการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ($M = 119.66$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าด้านการรับประทานอาหารมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ($M = 103.31$) รองลงมาคือด้านการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 97.33$) และด้านการออกกำลังกาย ($M = 86.25$) ดังตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.00$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	3	10.0	8	26.7	Fisher's Exact Test	1.00
หญิง	27	90.0	22	73.3		
อายุ						
40-49 ปี	5	16.7	7	23.3	t=.096	.92
50-60 ปี	25	83.3	23	76.7		
กลุ่มทดลอง (min = 40, max = 60, M = 54.80, SD = 4.73)						
กลุ่มควบคุม (min = 44, max = 60, M = 54.37, SD = 5.19)						
สถานภาพสมรส						
สมรส	23	76.7	23	76.7	Fisher's Exact Test	.06
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	7	23.3	7	23.3		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	22	73.3	14	46.7	Fisher's Exact Test	.15
มัธยมศึกษา	7	23.3	10	33.3		
ปริญญาตรี	1	3.3	6	20.0		
รายได้						
เพียงพอ	13	43.3	9	30.0	Fisher's Exact Test	.12
ไม่เพียงพอ	17	56.7	21	70.0		
อาชีพ						
เกษตรกร	21	70.0	21	70.0	$\chi^2 = 2.33$	.887
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	4	13.3	4	13.3		
อื่นๆ	5	16.7	5	16.7		
ระยะเวลาเจ็บป่วย						
1-5 ปี	10	33.4	5	16.7	t=.407	.68
6-10 ปี	15	50.0	21	70.0		
11-15 ปี	5	16.7	4	13.3		
กลุ่มทดลอง (min = 3, max = 15, M = 8.06, SD = 3.68)						
กลุ่มควบคุม (min = 4, max = 15, M = 8.40, SD =2.55)						
ระดับน้ำตาลสะสม						
7 - 7.9	17	56.7	13	43.3	t=1.049	.29
8 – 8.9	7	23.33	10	33.4		
9 – 9.9	3	10.0	3	10.0		
มากกว่า 10	3	10.0	4	13.3		
กลุ่มทดลอง (min = 7.00, max = 10.20, M = 8.26, SD = 0.91)						
กลุ่มควบคุม (min = 4.50, max = 10.80, M = 7.96, SD = 1.24)						

ตารางที่ 2 คะแนนและระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
ด้านการรับประทานอาหาร				
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	107	สูง	103	สูง
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมัน	115	สูง	84	ปานกลาง
3. ท่านรับประทานอาหารรสหวานมีกะทิ	124	สูง	121	สูง
4. ท่านรับประทานอาหารประเภท	114	สูง	112	สูง
5. ท่านรับประทานผลไม้รสหวาน	122	สูง	84	ปานกลาง
6. ท่านรับประทานอาหารปริมาณเท่ากัน	117	สูง	104	สูง
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มต่างๆ	90	ปานกลาง	105	สูง
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	119	สูง	109	สูง
9. ท่านรับประทานอาหารพวกแป้ง	109	สูง	95	ปานกลาง
10. ท่านรับประทานขนมหวานต่างๆ	120	สูง	122	สูง
11. ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลา..	117	สูง	102	สูง
12. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน	120	สูง	98	สูง
13.ท่านดื่มนม ผลิตภัณฑ์นม	122	สูง	91	ปานกลาง
14. ท่านรับประทานผักทุกมื้อ	121	สูง	115	สูง
15. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลังต่างๆ	122	สูง	112	สูง
16. ท่านรับประทานขนมกรุบกรอบ	124	สูง	96	สูง
รวม	116.43	สูง	103.31	สูง
ด้านการออกกำลังกาย				
17. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาจนเหนื่อย	128	สูง	89	ปานกลาง
18. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาระดับปานกลาง	120	สูง	93	ปานกลาง
19. อบอุ่นร่างกาย ก่อนออกกำลังกาย	122	สูง	72	ปานกลาง
20. ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หลังออกกำลังกาย	126	สูง	91	ปานกลาง
รวม	124.00	สูง	86.25	ปานกลาง
การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด				
21. รับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด..	127	สูง	100	สูง
22. จัดเตรียมยาไว้รับประทานให้ครบทุกมื้อ	113	สูง	99	สูง
23. นำยาลดระดับน้ำตาลในเลือดติดตัว..	119	สูง	93	ปานกลาง
รวม	119.66	สูง	97.33	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด				
24. ท่านประเมินความเครียดด้วยตนเอง	115	สูง	73	ปานกลาง
25. จัดการความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม	122	สูง	76	ปานกลาง
26. นอนหลับพักผ่อน 6 ชั่วโมง ต่อ วัน	124	สูง	70	ปานกลาง
รวม	120.33	สูง	73.00	ปานกลาง
รวมทั้งหมด	118.10	สูง	96.73	สูง

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

พฤติกรรมการจัดการตนเอง		Paired sample t-test				
		n	M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	109.06	17.83	-2.662	.01
	หลังทดลอง	30	118.10	7.41		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	95.10	18.90	-.308	.76
	หลังทดลอง	30	96.73	16.27		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรม	N	Independent t-test			
		M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	118.10	7.41	-6.543	.00
กลุ่มควบคุม	30	96.73	16.27		

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 86.66$ และ $M = 81.20$) ดังตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 6 ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนและระดับคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	คะแนน	ระดับคุณภาพชีวิต	คะแนน	ระดับ
1. ด้านสุขภาพกาย	23.96	ปานกลาง	21.63	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	20.73	ปานกลาง	19.46	ปานกลาง
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.70	ปานกลาง	9.53	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	32.26	ดี	30.56	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	86.66	ปานกลาง	81.20	ปานกลาง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

คุณภาพชีวิต	N	Independent t-test			
		M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	86.66	13.08	-1.808	.07
กลุ่มควบคุม	30	81.20	10.14		

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00$) ดังตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความแตกต่างของระดับน้ำตาลสะสม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด		Paired sample t-test				
		n	M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	7.96	1.24	3.074	.00
	หลังทดลอง	30	7.16	0.57		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	8.26	0.91	1.081	.28
	หลังทดลอง	30	8.04	0.69		

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	N	Independent t-test			
		M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	7.16	0.57	5.272	.00
กลุ่มควบคุม	30	8.04	0.69		

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานสามารถอภิปรายได้ว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงคือด้านการออกกำลังกาย รองลงมาคือด้านการจัดการความเครียดและด้านการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองนั้นมีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันมากประกอบกับอายุส่วนใหญ่ใกล้เคียงกันทำให้มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และกิจกรรมที่เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในตัดสินใจมีเป้าหมายร่วมกันในการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ มีการติดตามอย่างใกล้ชิดเป็นระยะๆ ร่วมกับทีมสุขภาพ ทั้งในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ทั้งจัดกลุ่มทดลองแบ่งเป็นรายกลุ่มละประมาณ 6 คน และรายบุคคลที่มีปัญหาทำให้ได้ทราบข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการพฤติกรรมตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากญาติและผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับ

ภาวะสุขภาพหรือสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในขณะนั้นๆ ได้อย่างดีพร้อมทั้งเปิดช่องทางให้มีการติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง การเยี่ยมรายกลุ่ม และการติดตามทางโทรศัพท์ และเน้นการมีส่วนร่วมในทุกๆ กระบวนการในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การจัดการที่ดีดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ปรารค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และสุทธิพร มูลศาสตร์, 2560) โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (1991) โดยมีกระบวนการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง (กฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ, 2562) ซึ่งประกอบไปด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามบริบทท้องถิ่น ในการเยี่ยมผู้ป่วยรายกลุ่มทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ซักถามข้อสงสัย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและมีการติดตามทางโทรศัพท์ และให้กำลังใจกับผู้ป่วยเบาหวานโดยมี อสม.รับผิดชอบในแต่ละโซนและประสานงานให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยได้ระบายนึกถามได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้นสามารถเข้าถึงและอำนวยความสะดวกในการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Wood, Alley, Baer, & Johnson, 2015) สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจและปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมให้มีรูปแบบใหม่เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุมาลี หงษ์วงศ์ (2562) ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับงานวิจัยของกฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน และสอดคล้องกับงานวิจัยของปรารค์ บัวทองคำวิเศษ และคณะ (2560) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดีกว่าก่อนทดลอง และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมากที่สุดคือด้านสิ่งแวดล้อม รองลงมาคือด้านจิตใจ สอดคล้องกับการวิจัยของศรีบุศย์ ศรีไชยเจริญพงศ์, ธวัชชัย อินทะสร้อย, อภิญา เพชรวิสัย และรุ่งทิพย์ ไพศาล (2559) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตในระดับมากที่สุดคือด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมอาจเนื่องจากลักษณะของประชากรส่วนใหญ่ที่ศึกษาเป็นวัยไม่แตกต่างกัน โดยกิจกรรมที่จัดในโปรแกรมให้นั้นนอกจากกิจกรรมที่จัดให้ยังมีการออกเยี่ยมผู้ป่วยรายบุคคลหรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาสุขภาพในขณะนั้นเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและไว้วางใจสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้กล้าที่จะซักถามปัญหาร่วมแสดงความคิดเห็น นอกจากนี้ยังมีการออกเยี่ยมเป็นกลุ่ม ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน สามารถช่วยกันในการตัดสินใจวางแผนเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร่วมกัน แก้ไขปัญหาร่วมกันทำให้เกิดทักษะในปฏิบัติพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองได้ รับรู้ร่วมกันว่าตนเองสามารถทำได้ ส่วนด้านที่มีคะแนนในระดับน้อยที่สุดคือด้านสัมพันธภาพทางสังคม อาจเนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีอาชีพเกษตรกรรม รายได้ไม่เพียงพออาจทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกิดความเครียด เก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน วิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อต้องไปรับการรักษาอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านนี้มีคะแนนน้อยได้

นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งงานวิจัยนี้ระยะเวลากิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของโชติกา สัตนาโค และจุฬารณย์ โสตะ (2560) พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองอาจเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีการติดตามผู้ป่วยเบาหวานตลอดกระบวนการเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความพยายามในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น ด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา นอกจากนี้การได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปฏิบัติ การเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีและเหมาะสมสำหรับตนเองจึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้นการจัดการดูแลตนเองโดยจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางเป้าหมายร่วมกันมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1. จากการวิจัยผลพบว่าหลังใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโดยมีการเยี่ยมรายบุคคล มีการติดตามเป็นระยะอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยเบาหวานและทีมสุขภาพเกิดความไว้วางใจได้แลกเปลี่ยนพูดคุยแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ดังนั้นจึงควรนำการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือโครงการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆได้
2. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). *จำนวนอัตราป่วย ตาย ปี 2559-2562*. สืบค้นจาก <http://thaincd.com/2016/mission/documents-detail>.
- กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล และสุนีย์ ละกำป็น. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 25(2), 87-103.
- โชติกา สัตนาโค และจุฬารณย์ โสตะ. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(4), 32-74.
- นงนภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑทากาศ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอึ้ง และน้ำฝน วิจิรัตน์พงษ์เมธี. (2560). การอธิบายความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์*, 7(1), 20-30.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ และน้ำเพชร สายบัวทอง. (2551). การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 14(3), 289-297.

- ปรารักษ์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และสุทธิพร มูลศาสตร์. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(1), 105-116.
- ภาวิณี ชุ่มเฉียง, ปิ่นหทัย ศุภมธพร และณิกานต์ ทรงไทย. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(1), 108-119.
- วิโรจน์ เจียมจรัสศรี. (2556). กรอบแนวคิดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริม. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 57(3), 279-291.
- วงเดือน ภาขา, สุชัยญา เบญจพัฒนานนท์, กาญจนา เปสี และพนิตนาฏ รักษ์มณี. (2554). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. *วารสารกองการพยาบาล*, 38(1), 31-41.
- ศุภรัฐ พูนกล้า และสุชนิ เอกา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 9(1), 30-45.
- ศรัปศย์ ศรีไชยเจริญพงศ์, ธวัชชัย อินทสร้อย, อภิญญา เพชรวิสัย และรุ่งทิพย์ ไพศาล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือโพธิ์ชัย ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(3), 23-33.
- สุมาลี หงษ์วงศ์. (2562). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(3), 411-417.
- สาวตรี นามพะธาย. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อุมาลี ธรศรี, พัทธานี ภาวตุล, มณีนรัตน์ อีระวิวัฒน์ และกานดาสิ มาลีวงศ์. (2561). โปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ : ลดหวาน มัน เค็ม ประยุกต์การกำกับตนเองและแรงสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 48(3), 284-295.
- อรพินท์ สีขาว. (2559). *การจัดการโรคเบาหวาน* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ : เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พรีนต์
- Kanfer, F., & Gaelick, L. (1991). Self-Management methods. In F. Kanfer, & A. Goldstein (Eds), *Helping people change: A text-book of methods* (4th ed., pp. 305-360). New York: Pergamon Press.
- Wood, F.G., Alley, E., Baer, S., & Johnson, R. (2015). Interactive Multimedia Tailored to Improve Diabetes Self-Management. *The Nursing clinics of North America*, 50, 565-576.
- World Health Organization, (2021). *Diabetes*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.

**การทบทวนขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลา
ของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย**

วิรงศ์รอง ชมภูมิ่ง, พย.ม.*
สุภาวดี นพจรจินดา, ปร.ด.**
ทิวา มหาพรหม, พย.ม.**

Received : January 21, 2021

Revised : April 5, 2021

Accepted : May 27, 2021

บทคัดย่อ

การบริหารเวลาที่ดี เป็นทักษะที่จำเป็นและมีความสำคัญในการช่วยให้การทำงานประสบความสำเร็จตามเวลา มีคุณภาพชีวิตที่มีความสมดุล โดยเฉพาะในนักศึกษาพยาบาลที่ต้องบริหารจัดการเวลาในการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงต้องใช้เวลาในการพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตรายละเอียดในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทบทวนขอบเขตรายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย โดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบมีขอบเขต (scoping review) ผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยทั้งหมดเป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) (ร้อยละ 100) โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นการศึกษาเกี่ยวกับระดับความสามารถในการบริหารเวลา และเปรียบเทียบ ปัจจัยส่วนบุคคล ต่อความสามารถในการบริหารเวลา ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ระดับชั้นปี และความเครียด การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า จำนวนงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นควรใช้เป็นข้อมูลเพื่อนำไปสู่การศึกษาในนักศึกษาพยาบาลกลุ่มอื่น และศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมในเชิงลึก เพื่อเสริมสร้างความสำเร็จในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลไทยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การบริหารเวลา นักศึกษาพยาบาล การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตรายละเอียด

* อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี; ผู้ให้การติดต่อ e-mail : wirongrong@snc.ac.th

** อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

A Scoping Review on Factors Affecting Time Management Ability of Nursing Students in Thailand

Wirongrong Chompuming, M.N.S^{*}

Supawadee Noparujjinda, Ph.D^{**}

Tiwa Mahaphom, M.N.S^{**}

Abstract

Time management is an essential skill for work success on time and balancing the quality of life, especially for nursing students. They must manage their time for study both theory and practicum. In addition, they also require adequate relaxing time to reduce the adverse events to patients. This Scoping review aims to review the scope of factors affecting the ability of Thai nursing students to manage their time by implementing the scoping review. The results of scoping review shown all the research included in this study was descriptive research (100%). Factors being studied were the time management capabilities, comparing the personal factor affecting time management capabilities. Personal factors affecting time management capabilities were education level and stress. Furthermore, the results of the scoping review showed that there were few studies being conducted on nursing students. Further studies could be conducted among other groups of nursing students. Moreover, other factors that affect time management among nursing students should be taking into consideration.

Keywords: student nurse, time management, scoping review

^{*} Boromarajonani College of Nursing, Suphan Buri; Corresponding Author e-mail: wirongrong@snc.ac.th

^{**} Boromarajonani College of Nursing, Suphan Buri

บทนำ

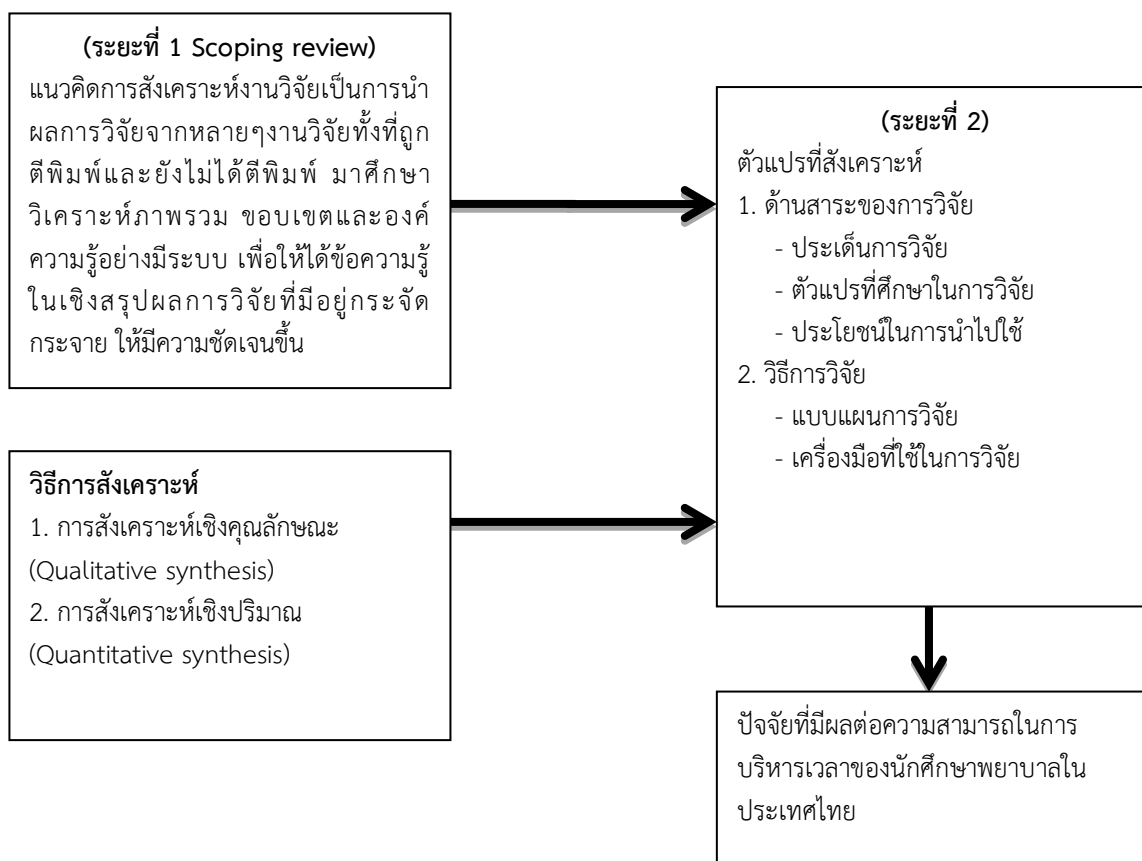
การบริหารเวลาเป็นการรู้จักวางแผนและจัดสรรเวลาในการทำงานให้เหมาะสม เพื่อเกิดประสิทธิภาพในงานและหน้าที่ที่รับผิดชอบอยู่ ให้สำเร็จลุล่วงโดยใช้เวลาน้อยที่สุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยการใช้เวลาในการทำกิจกรรมประจำวัน ใช้ชีวิตอย่างสมดุล ทั้งในเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ มีเวลาให้กับตนเอง และการพัฒนาจิตวิญญาณ (สถาบันดำรงราชานุภาพ, 2553) การให้ความสำคัญ โดยเริ่มต้นวางแผนบริหารเวลาให้เกิดประโยชน์ มีประสิทธิภาพและคุณค่าสูงสุดในการดำเนินชีวิต จะส่งผลให้ชีวิตมีความสุข บุคคลที่รู้คุณค่าของเวลา จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ได้ การบริหารเวลาสำหรับนักเรียนนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาล ที่ต้องใช้เวลาเรียนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ นักศึกษาจะต้องเตรียมตัวและศึกษาหาความรู้ทั้งในสาขาพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้อง การบริหารเวลาทำให้นักศึกษารู้จักวางแผนและจัดสรรเวลาในการทำงานอย่างถูกต้องและเหมาะสม ตามวันและเวลาที่กำหนด (สถาบันดำรงราชานุภาพ, 2553) ซึ่งการวางแผนการใช้เวลาเป็นการเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลัง หากนักศึกษาพยาบาลสามารถวางแผนการเรียน ตามช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมย่อมมีส่วนช่วยส่งเสริมเพิ่มพูนศักยภาพ ทำให้ประสบความสำเร็จทั้งในด้านการเรียนและการใช้ชีวิตส่วนตัว ดังนั้นการบริหารเวลาจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเรียนและการทำงานให้เสร็จสมบูรณ์ลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลนั้น เป็นลำดับขั้นตอนของวิชาที่ง่ายแล้วตามด้วยวิชาที่มีความซับซ้อนและความยากมากขึ้นตามชั้นปีที่สูงขึ้น ระดับชั้นปีการศึกษาจึงมีส่วนในการฝึกการบริหารเวลาจากการศึกษาพบว่านักศึกษาที่มีการศึกษาในชั้นปีที่สูงกว่า มีความสามารถในการบริหารเวลามากกว่า (วิรงค์ รอง ชมภูมิ, 2562) หากการบริหารเวลาไม่มีประสิทธิภาพอาจทำให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.7) และสาเหตุของความเครียดมาจากกิจกรรมด้านการเรียนทั้งหมด (จิราภรณ์ สรรพวิวงศ์, มัชฌิมา คำมี, จันทร์จิรา นิมสุวรรณ, ชุตินา หมัดอะดัม, ศุภรัตน์ ละเอียด การ และสุชาติ โสภณ, 2559) โดยมีการจัดสรรเวลา (วิไลพร ขำวงษ์, สุดคณิง ปลั่งพงษ์พันธ์ และทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2559) ปัจจัยภายในตัวบุคคล เวลาในการพักผ่อนและการทำงานผิดพลาด ส่งผลต่อความเครียดมากที่สุด (สุจิตรา อู๋รัตนมณี สุจิตรา อู๋รัตนมณี, สุภาวดี เลิศสาราญ, เจนจิรา วงษ์ศรีนาค, กาญจนพร สอิ่งทอง และอนุสรรา ระวัง, 2559) การดูแลช่วยเหลือให้นักศึกษาพยาบาลสามารถบริหารเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่เป็นหลักฐานที่เชื่อถือได้ว่านักศึกษาพยาบาลนั้นมีการบริหารเวลาอย่างไร มีรายละเอียดใดที่ควรได้รับการพัฒนา เพื่อให้การแก้ปัญหาในอนาคตเป็นไปได้อย่างจริงจังและแก้ไขได้ตรงกับสาเหตุการเกิดปัญหา แต่ยังไม่มีการรวบรวมความรู้ที่เป็นหลักฐานประเด็นการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลให้ชัดเจน จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย โดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตรายละเอียด (Scoping review) ด้วยความมุ่งหมายว่า ผลจากการศึกษานี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต ความเครียด การปรับตัวและเพื่อให้มีความสุขในการเรียนมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาทบทวนขอบเขตรายละเอียดที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) แบบทบทวนวรรณกรรมที่กำหนดขอบเขตรายละเอียด (Scoping Review) (Arksey and O'Malley, 2005)

1. Identification of research questions ระบุปัญหาของการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล

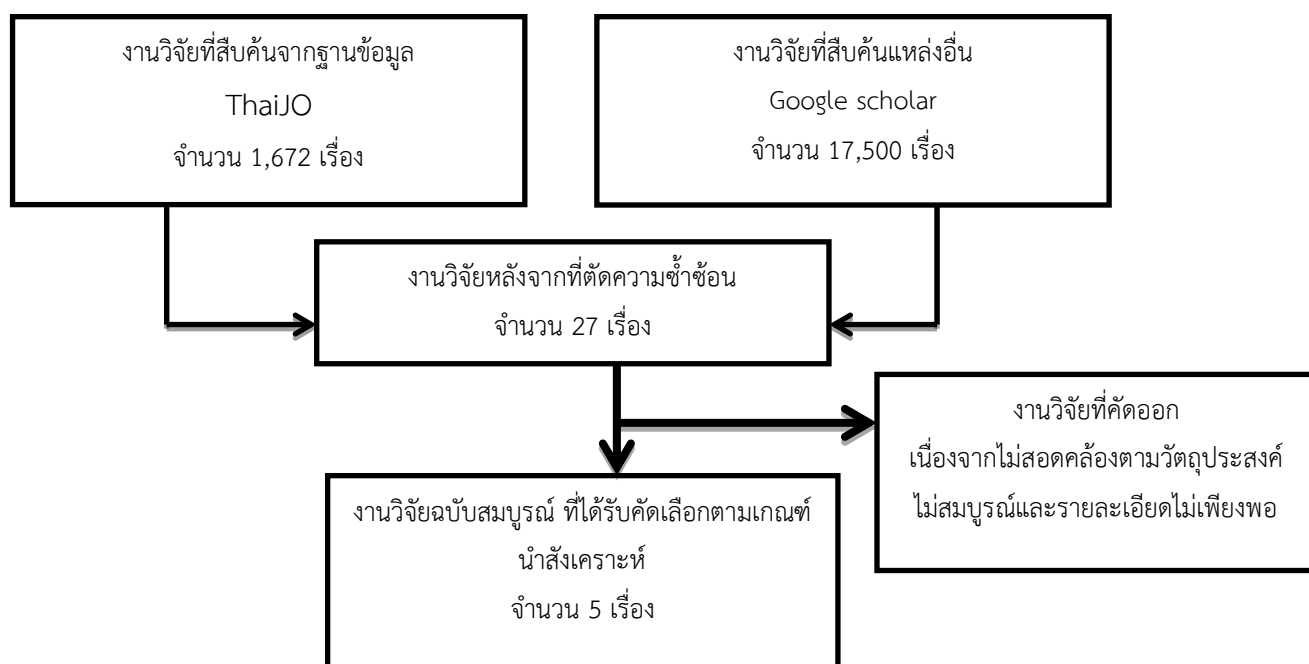
2. Identification relevant studies กำหนดงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง โดยประชากรเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2552-2562 ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้ เป็นงานวิจัยที่สามารถค้นหาได้จากห้องสมุดของสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาหรือมีการตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ ในประเทศและในวารสารระดับนานาชาติ ที่สามารถเข้าถึงได้ทั้งระบบการยืมโดยตรงจากห้องสมุดหรือผ่านทางฐานข้อมูลระบบการยืมจากคอมพิวเตอร์ ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นเป็นฐานข้อมูลทางวิชาการ/ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่น่าเชื่อถือในประเทศไทย ได้แก่ ThaiJO, Google Scholar, เป็นต้น คำหลักในการสืบค้น คือ “การบริหารเวลา” “นักศึกษาพยาบาล” “เวลาที่มีประสิทธิภาพ” “Time management” “student nurse” ใช้คำเชื่อม คือ และ, หรือ, และ ไม่

3. Selection studies คัดเลือกงาน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัยโดยผู้วิจัยทบทวน คัดเลือกงานวิจัยเชิงปริมาณ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลใน

ประเทศไทย นำมากำหนดประเด็นที่จะนำมาสังเคราะห์ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ งานวิจัยที่ไม่สมบูรณ์ รายละเอียดไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์

4. Charting the data ทำตารางข้อมูลงานที่เกี่ยวข้อง Data extraction form ตามแนวทางของ PRISMA Checklist (2009) จำนวน 27 ข้อ (Moher, et al., 2009)

5. Collating, summarizing and reporting the results สรุปข้อมูลและรายงานผลงานศึกษาจากการทบทวนพบว่ามีการวิจัยที่สืบค้นจากฐานข้อมูล ThaiJO จำนวน 1,672 เรื่องงานวิจัยที่สืบค้นแหล่งอื่น เช่น Google scholar จำนวน 17,500 เรื่อง ได้งานวิจัยหลังจากที่ตัดความซ้ำซ้อนแล้ว จำนวน 27 เรื่อง นำมาคัดงานวิจัยออก เนื่องจากไม่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ความไม่สมบูรณ์และมีรายละเอียดไม่เพียงพอ ได้งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ นำสังเคราะห์จำนวน จำนวน 5 เรื่อง แผนภูมิแสดงขั้นตอนการสืบค้นได้แสดงไว้ในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการสืบค้นข้อมูล

จากนั้นทำการวิเคราะห์ลักษณะงานวิจัย จัดหมวดหมู่และทำการสังเคราะห์โดยการแจกแจงนับและวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สรุปผลและการเขียนรายงาน

ผลการศึกษา

การทบทวนงานวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาทบทวนขอบเขตรายละเอียดที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ข้อค้นพบสำคัญของงานวิจัยที่สืบค้นได้ ได้แก่

1. งานวิจัยทั้งหมดเป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) คิดเป็นร้อยละ 100 (N = 5) ประชากรที่ศึกษาเป็นนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาในสถาบันสังกัดพระบรมราชชนก จำนวน 4 เรื่องและในมหาวิทยาลัย 1 เรื่อง เครื่องมือเป็นแบบสอบถามและแบบประเมินระดับความเครียด สาเหตุของความเครียดและการจัดการ

ความเครียด ใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ t-test, Pearson's correlation coefficient, ไคสแควร์ (Chi - Square) และครัสคาล วอลลิส (Kruskal-Wallis H test)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ระดับชั้นปี ความเครียด ได้แสดงไว้ใน ตารางข้อมูล (ตารางที่ 1) ซึ่งมีรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 1 รายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล

ผู้นิพนธ์ (ปี)	ระเบียบวิธีวิจัย/ เครื่องมือ/สถิติ	ตัวแปร/ประชากร	ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถ ในการบริหารเวลา
กิตติมาพร โลกาวิทย์ (ความสามารถในการ บริหารเวลาของนักศึกษา พยาบาล มหาวิทยาลัย ปทุมธานี, 2554)	Descriptive research /เครื่องมือเป็น แบบสอบถาม/ใช้สถิติเชิง พรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน การจัดลำดับ ทดสอบสมมติฐานด้วย สถิติ t-test	ตัวแปรต้น - เพศ - อายุ - ระดับชั้นปี - ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน - รายได้ของนักศึกษา - ความเพียงพอของรายได้ ตัวแปรตาม ความสามารถในการบริหาร เวลาของนักศึกษาพยาบาล /เป็นนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ปีการศึกษา 2551 ภาค การศึกษาที่ 2 ชั้นปีที่ 1 จำนวน 98 คน และชั้นปีที่ 2 จำนวน 76 คน รวมทั้งหมด จำนวน 174 คน การเลือก กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้ วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดย การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้ จำนวน 130 คน	ระดับชั้นปีมีผลต่อ ความสามารถในการบริหาร เวลาของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี โดย นักศึกษาที่เรียนอยู่ชั้นปีสูงขึ้น และมีอายุมากขึ้น ระดับวุฒิ ภาวะจะเจริญสูงขึ้นตามวัย ประสบการณ์มากขึ้น ความคิด อ่านและการมองปัญหาจะ ชัดเจนถูกต้องตามความเป็น จริงมากขึ้นความคิดและการ กระทำค่อยๆ ปรับเปลี่ยนไป ตามวัย
ชวนนท์ จันท์สุข, นฤมล จันท์สุข, นิจวรรณ วีรวัฒน์นอม (ความสามารถในการ บริหารเวลาของนักศึกษา พยาบาล วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท, 2560)	Descriptive research /เครื่องมือเป็น แบบสอบถาม/ใช้สถิติเชิง พรรณนาโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การทดสอบความ แปรปรวนทางเดียว	ตัวแปรต้น - เพศ - ระดับชั้นปี - เกรดเฉลี่ย ตัวแปรตาม ความสามารถในการบริหาร เวลาของนักศึกษาพยาบาล /ประชากรเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต ชั้นปีที่ 1- 4 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 191 คน	การศึกษาในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราช- ชนนี ชัยนาท ไม่พบปัจจัยที่มี ผลต่อการบริหารเวลา

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้พิมพ์ (ปี)	ระเบียบวิธีวิจัย/ เครื่องมือ/สถิติ	ตัวแปร/ประชากร	ปัจจัยที่มีผลต่อ ความสามารถในการ บริหารเวลา
นรินทร์ ไวมภู, อัจฉรา มุสิกวัฒน์, สุนีย์ เครา นวล (ความสามารถในการ บริหารเวลาของ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี ยะลา, 2562)	Descriptive research /เครื่องมือเป็น แบบสอบถาม/ใช้สถิติ เชิงพรรณนาโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ค่าทีอิสระ และความแปรปรวนทาง เดียว	ตัวแปรต้น - เพศ - ระดับชั้นปี - เกรดเฉลี่ย ตัวแปรตาม ความสามารถในการบริหาร เวลาของนักศึกษาพยาบาล /ประชากรเป็นนักศึกษา พยาบาล ชั้นปีที่ 1- 4 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 162 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างง่าย แบบไม่ใส่คืน	- เพศและระดับชั้นปีมีผลต่อ ความสามารถในการบริหาร เวลาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราช- ชนนี ยะลา โดยพบว่า เพศมี ส่วนกำหนดกิจกรรมในยาม ว่างที่ต่างกันจึงส่งผลให้ ความสามารถในการบริหาร เวลาระหว่างนักศึกษาเพศ ชายและหญิงต่างกัน และ นักศึกษาที่มีระดับชั้นปีที่สูง กว่ามีระดับความสามารถใน การบริหารเวลาโดย นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ผ่านการ ฝึกปฏิบัติในชั้นปีที่ 2 และ3 นับว่าได้ผ่านวิกฤตของชีวิต และกระบวนการเรียนรู้ใน ระดับหนึ่ง รวมทั้งนักศึกษา ในชั้นปีที่ต่างกันย่อมมีทักษะ และนิสัยการเรียนรู้ต่างกัน
วิไลพร ขำวงษ์, สุดคณิง ปลั่งพงษ์พันธ์, ทานตะวัน แยมบุญเรือง (ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความเครียดกับ สาเหตุของความเครียด และการจัดการ ความเครียดของ นักศึกษาพยาบาลใน วิทยาลัยพยาบาลสังกัด สถาบันพระบรมราช- ชนก, 2559)	Descriptive research /เครื่องมือเป็นแบบ สอบถามและแบบ ประเมินระดับความ เครียด สาเหตุของ ความเครียดและการ จัดการความเครียด/ใช้ สถิติเชิงพรรณนา และ Pearson's correlation coefficient	ตัวแปร - ความเครียด - สาเหตุของความเครียด - การจัดการความเครียด /นักศึกษาพยาบาลใน วิทยาลัยพยาบาลสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบหลาย ขั้นตอนจำนวน 330 คน	- ความเครียดมีความ สัมพันธ์กับการจัดสรรเวลา ของนักศึกษาพยาบาล ใน วิทยาลัยพยาบาลสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก โดยการจัดสรรเวลาเป็น สาเหตุลำดับที่ 2 ที่ให้เกิด ความเครียดของนักศึกษา พยาบาล

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้นิพนธ์ (ปี)	ระเบียบวิธีวิจัย/ เครื่องมือ/สถิติ	ตัวแปร/ประชากร	ปัจจัยที่มีผลต่อ ความสามารถในการ บริหารเวลา
วิรงค์รอง ชมภูมิ่ง (ความสามารถในการ บริหารเวลาของ นักศึกษาพยาบาลบรม ราชชนนีสุพรรณบุรี, 2562)	Descriptive research /เครื่องมือเป็น แบบสอบถาม/ใช้สถิติ เชิงพรรณนา ไคสแคว์ (Chi - Square) และครัสคาล- วอลลิส (Kruskal- Wallis H test)	ตัวแปรต้น - เพศ - อายุ - ระดับชั้นปี - ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ตัวแปรตาม ความสามารถในการบริหาร เวลาของนักศึกษาพยาบาล/ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลศาสตร บัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราช- ชนนี สุพรรณบุรี จำนวน 413 คน	- อายุและระดับชั้นปีมีผลต่อ ความสามารถในการบริหาร เวลาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราช- ชนนี สุพรรณบุรี โดยพบว่า นักศึกษาที่มีอายุที่ต่างกัน และชั้นปีการศึกษาที่สูงกว่า มีความสามารถในการ บริหารเวลาโดยรวมสูงกว่า ซึ่งการจัดการเรียนการสอน ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร บัณฑิตนั้น มีการจัดเป็น ลำดับขั้นตอนของวิชาที่ง่าย แล้วตามด้วยวิชาที่มีความ ซับซ้อนและความยากมาก ขึ้นตามชั้นปีที่สูงขึ้น ทำให้ นักศึกษาได้รับการฝึกเพื่อ เตรียมพร้อมที่จะพบกับงาน ที่ยากและซับซ้อนมากขึ้นถือ เป็นการฝึกการบริหารเวลา ทำให้นักศึกษาในชั้นปีที่ 4 มี ความสามารถในการบริหาร เวลาในทุกด้านมากกว่าชั้นปี ที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

อภิปรายผล

การทบทวนงานวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาทบทวนแบบกำหนดขอบเขตรายละเอียดที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย

มีการศึกษาจำนวน 4 เรื่อง ทำการศึกษาเกี่ยวกับการระดับความสามารถในการบริหารเวลา และการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลต่อความสามารถในการบริหารเวลา มีการศึกษาจำนวน 1 เรื่องที่ศึกษาพบว่าความเครียดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลา และการบริหารเวลาเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดด้วยเช่นกัน

เครื่องมือ มีการศึกษาจำนวน 4 เรื่อง ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ โดยแบ่งออกเป็น 2 ชุดคือปัจจัยส่วนบุคคลและแบบสอบถามความสามารถในการบริหารเวลา 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลาของตน ด้านกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตน ด้านการวางแผนการใช้เวลา ด้านการกำหนด

ตามแผนที่วางไว้ ด้านการประเมินผลการใช้เวลา และด้านการปรับปรุงแผนการใช้เวลาและแก้ไขกิจกรรมที่ทำให้เสียเวลามิงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินระดับความเครียด สาเหตุของความเครียดและการจัดการความเครียด

ผลการวิจัย มีการศึกษาจำนวน 3 เรื่องที่พบว่ามียุทธศาสตร์ส่วนบุคคลในเรื่อง ระดับชั้นปีการศึกษา มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลา เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตนั้น ในชั้นปีที่ 1 เป็นรายวิชาการศึกษาทั่วไป กลุ่มวิชาภาษาศาสตร์และกลุ่มมนุษยศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 เรียนวิชาในหมวดพื้นฐานวิชาชีพ และหมวดวิชาเฉพาะทางการพยาบาลซึ่งค่อนข้างยาก ต้องใช้เวลาในการศึกษา ทบทวน วางแผนงานและทำความเข้าใจร่วมกับการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการและบนหอผู้ป่วยจริง ส่วนชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 จะเป็นการเรียนในภาคทฤษฎีที่ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย การจัดการเรียนการสอนเป็นลำดับขั้นตอนของวิชาที่ง่ายแล้วตามด้วยวิชาที่มีความซับซ้อนและความยากมากขึ้นตามชั้นปีที่สูงขึ้น ทำให้นักศึกษาได้รับการฝึกเพื่อเตรียมพร้อมที่จะพบกับงานที่ยากและซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องปรับตัวเองและบริหารจัดการเวลาของตนเองให้สามารถผ่านการเรียนรู้ตามหลักสูตรที่กำหนดในแต่ละชั้นปี ถือเป็นการฝึกการบริหารเวลา ทำให้มีผลการศึกษาที่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความสามารถในการบริหารเวลาในทุกด้านมากกว่าชั้นปีที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ (วิรัชกรอง ชมภูมิ่ง, 2562; นวรัตน์ ไชยมภู, อัจฉรา มุสิกวัฒน์ และสุนีย์ เครานวล, 2562) การมีประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติขณะศึกษาในแต่ละชั้นปีที่เพิ่มขึ้น นับว่าได้ผ่านช่วงเวลาวิกฤตของชีวิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ ซึ่งต้องแบ่งเวลาให้เหมาะสมตามกระบวนการเรียนรู้ที่ยากขึ้น

มีการศึกษาจำนวน 1 เรื่องที่พบว่า ความเครียด เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาเช่นกัน เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลเป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนการสอนประกอบไปด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทั้งในส่วนในห้องปฏิบัติการและหอผู้ป่วยจริง โดยเฉพาะในวิทยาลัยพยาบาล ที่เน้นการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดได้สูง

ความเครียดทำให้เกิดความสับสน การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้การกระทำ การปฏิบัติต่างๆ การบริหารเวลาไม่ดี ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล คือ เวลาในการพักผ่อนการทำงานผิดพลาด (สุจิตรา อู๋รัตนมณี และคณะ, 2559) การลดความเครียด จะช่วยทำให้สมองและจิตใจพร้อมรับสถานการณ์ใหม่ มีความคิดใหม่ สร้างสรรค์ เนื่องจากนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในสาขาพยาบาลศาสตร์ มักจะมีความเครียดและมีความสุขในการเรียนรู้ค่อนข้างน้อย เนื่องจากต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัยและด้านการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต การบริหารจัดการเวลาให้เหมาะสมการทำตารางเวลาว่าจะทำอะไรบ้างในแต่ละวัน ตารางเวลาจะช่วยเตือนว่าเวลานี้จะทำอะไร ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาแบ่งเวลาในการเรียนและการทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม อันเป็นการเสริมสร้างชีวิตที่มีความสมดุลและมีความสุขต่อไป (ชนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง และนฤมล จันทระเกษม, 2560)

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาทบทวนครั้งนี้พบว่ามียุทธศาสตร์ คือ จำนวนงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลมีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาล ยังขาดข้อมูลงานวิจัยในนักศึกษาพยาบาลกลุ่มอื่นๆ ดังนั้นควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มสังกัดกองทัพ หรือมหาวิทยาลัย และพัฒนางานวิจัยต่อในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารเวลาในเชิงลึกหรือการพัฒนาารูปแบบโปรแกรมการฝึกบริหารเวลาเพื่อเสริมสร้างความสำเร็จในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลไทย

เอกสารอ้างอิง

- กิตติมาพร โลกาวิทย์. (2554). ความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 3(1), 27-36.
- จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, มัชฌิมา คำมี, จันทรจิรา นิมสุวรรณ, ชุติมา หมัดอะดัม, ศุภารัตน์ ละเอียดการ และ สุชาวดี ไสภณ. (2559). ความเครียด การจัดการความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(3), 36-50.
- ชวนนท์ จันทรสุข, นฤมล จันทรสุข และนิจวรรณ วีรวัฒน์นอม. ความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท. (2560). *การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน, นครปฐม, ประเทศไทย.* (หน้า 2911-2917).
- ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, นฤมล จันทรเกษม. (2560). ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(1), 357-369.
- นวรรตน์ ไชยมภู, อัจฉรา มุสิกวัฒน์ และสุนีย์ เครานวล. (2562). ความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 9(1), 296-306.
- วิไลพร ขำวงษ์, สุดคนึง ปลั่งพงษ์พันธ์ และทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับสาเหตุของความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 78-87.
- วิรงค์รอง ชมภูมิ่ง. (2562). ความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 199-211.
- สถาบันดำรงราชานุภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. (2553). *การบริหารเวลา*. กรุงเทพฯ :สถาบัน.
- สุจิตรา อู๋รัตนมณี, สุภาวดี เลิศสาราญ, เจนจิรา วงษ์ศรีนาค, กาญจนพร สะอึ้งทอง และอนุสสราระวัง. (2559). ความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. *การประชุมสวนสุนันทาวิชาการระดับชาติด้าน “การวิจัยเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน” ครั้งที่ 4, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.* (หน้า 573-579).
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *Int. J. Social Research Methodology*. 8(1), 19-32.
- Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D. G., The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS. Med.* 6: e1000097.
- Page, M. J., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. D. et al. (2021, February 14). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. Retrieved from <https://doi.org/10.31222/osf.io/v7gm2>.

ผลของการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ต่อการตระหนักรู้ในตนเอง และการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาพยาบาล

อติพร ทองหล่อ, คด.*

Received : May 2, 2021

Revised : June 21, 2021

Accepted : June 26, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเอง และการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นก่อนและหลังการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 จำนวน 101 คนที่เรียนวิชาทักษะการคิดและการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา และแบบสอบถามการตระหนักรู้ในตนเองและการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม .70 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.06 มีอายุระหว่าง 18-19 ปี ร้อยละ 93.07 มีความตั้งใจเลือกเรียนพยาบาลเป็นอันดับ 1 ร้อยละ 77.23 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสุรินทร์ ร้อยละ 65.35 และมีเกรดเฉลี่ยสะสม 2.51 - 3.50 ร้อยละ 86.14 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองภายหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังนั้น การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ในรายวิชาโดยบูรณาการแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาสามารถพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานนำไปสู่การเข้าใจผู้อื่นและการมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: จิตตปัญญาศึกษา การตระหนักรู้ในตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น

* พยาบาลชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์; ผู้ให้การติดต่อ e-mail: atip_thong@yahoo.com

The Effectiveness of Contemplative Education on Self-awareness and Empathy in the Nursing Students

AtipornThonglaw, Ph.D.*

Abstract

This research is quasi-experimental research that aimed to study the effectiveness of contemplative education on self-awareness and empathy in nursing students. Samples were 101 first-year nursing students study in systems thinking process development courses. The research instrument was the contemplative education program and Self-awareness and Empathy questionnaire, Content Validity Index = 1, and Cronbach's alpha coefficient = 0.70. Data collection by interview. Data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

The findings have shown that the majority of samples were female (94.06%), age between 18-19 years old (93.07%), nursing was selected as the first rank for university entrance (77.23%), hometown was located in Surin province (65.35%), grade point average was 2.51-3.50 (86.17%). At the end of the intervention, the means score of self-awareness was statistically significantly higher than before the intervention at $p < .001$. However, the means score of empathy was not statistically significantly higher than before the intervention. An integration of contemplative education program to develop the nursing students self-awareness and basis for understanding others and being able to serve the humanize in the future.

Keywords: Contemplative education, Self-awareness, Empathy

* Senoir Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing Surin

Corresponding Author e-mail: atip_thong@yahoo.com

บทนำ

การจัดการศึกษาเพื่อผลิตพยาบาลวิชาชีพ เป็นจัดการศึกษาที่มีคุณค่าต่อสังคมและประเทศชาติ จึงจำเป็นต้องยึดหลักการพัฒนาให้ผู้เรียนทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง การจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาในศตวรรษที่ 21 นั้น เน้นการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ในระดับสูงสุดคือระดับที่ 8 นั่นคือ การเปลี่ยนใจหรือการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Mindset change) (วิจารณ์ พานิช, 2558) เป็นการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในตนเองอย่างลึกซึ้ง ผ่านประสบการณ์สร้างสำนึกใหม่ และเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ให้เกิดความเข้าใจในตนเอง เข้าใจโลก และความสัมพันธ์ทางสังคม มีทักษะในการค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์ สะท้อนคิด มีความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ (ละเอียด แจ่มจันทร์, รวิภา บุญชูช่วย และสุนีย์ อินทรสิงห์, 2558) โดยมีเครื่องมือในการเรียนรู้มากมายที่สามารถส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้เน้นการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของผู้เรียนในระดับดังกล่าว มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนมีสมรรถนะการพยาบาลและการสาธารณสุข ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรและมีทักษะการดำรงตนในศตวรรษที่ 21 ที่มีคุณภาพ เพราะหากผู้เรียนบรรลุทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ขึ้นสูง ย่อมบรรลุการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงไปในตัว แสดงถึงการเป็นผู้ที่มีความเก่ง ความดี และมีความสุข สอดคล้องกับการจัดการศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนก (2556) ที่ได้กำหนดผลผลิตด้านองค์ความรู้และนวัตกรรมทางสุขภาพ เพื่อการพัฒนาการบริการสาธารณสุขแก่ชุมชนและประเทศ รวมทั้งกำหนดอัตลักษณ์นักศึกษา (Nursing student identity) ของสถาบันไว้ว่า “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คือการให้บริการที่เป็นมิตร มีความรักความเมตตา ใส่ใจปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการ รวมทั้งผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก” ทั้งนี้ได้กำหนดตัวชี้วัดสมรรถนะของบัณฑิตที่แสดงอัตลักษณ์ไว้ 3 ประการ คือ 1) มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Service mind) 2) มีการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking) 3) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation)

จะเห็นได้ว่าการที่ผู้เรียนจะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมอัตลักษณ์นักศึกษาดังกล่าว จะต้องมีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (Empathy) ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ในการอยู่ร่วมกันในสังคมทุกระดับทั้งในครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน รวมถึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อคุณภาพการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลเพราะเป็นความสามารถในการนำความรู้สึกของตนเองไปอยู่ในบริบทนั้นๆ ของผู้ป่วยจนเกิดเป็นความรู้สึกเข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทำให้พยาบาลเข้าใจความทุกข์ของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (อริยญา บุญธรรม, 2561) อีกทั้งยังเป็นคุณสมบัติและองค์ประกอบสำคัญทางด้านจริยธรรมและพื้นฐานสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยด้วย นอกจากความเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นแล้ว สิ่งที่มีความสำคัญอีกประการหนึ่งคือการเป็นผู้มีคุณลักษณะภายในตนเองด้านสุขภาวะจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ซึ่งได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเอง การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการพยาบาลแบบองค์รวม (สถาบันพระบรมราชชนก, 2554) ดังนั้นการส่งเสริมให้นักศึกษาได้พัฒนาตนเองให้เกิดอัตลักษณ์นักศึกษา ที่มีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และมีสุขภาวะจิตวิญญาณ จะส่งผลให้บุคคลสามารถเข้าถึงความจริงความดีและความงดงามของทุกสิ่งรอบตัวได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

จิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ เป็นแนวคิดการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อยกระดับจิตใจและปัญญาของบุคคลให้มีความสำคัญกับการสำรวจอารมณ์ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ มุมมองต่อชีวิตและโลกภายในตนเองจาก

ประสบการณ์ตรง ให้คุณค่าการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ ผ่านกระบวนการและกิจกรรมที่หลากหลาย มีเป้าหมาย เพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานภายในตนเองอย่างลึกซึ้งทางความคิดและจิตสำนึกใหม่เกี่ยวกับตนเองและโลก ตระหนักรู้ในตนเอง และตระหนักรู้ในคุณค่าความเป็นมนุษย์ เข้าถึงความดี ความงาม และความจริง ทำให้ดำรงชีวิตอย่างมีสติปัญญา มีความรัก ความเมตตา ต่อสรรพสิ่ง กระทำสิ่งต่างๆ ด้วยจิตสำนึกที่ดีงามและมีความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นความสุขที่เกิดจากปัญญา และความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ (วรินทร์ลดา จันทวิเมื่อง, อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ และสกุณตลา แซ่เตียว, 2561) จิตตปัญญาจึงเป็นแนวคิดที่เหมาะสมในการนำมาพัฒนากระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองอย่างแท้จริงและลึกซึ้ง และตระหนักรู้ถึงคุณค่าของสิ่งต่างๆ โดยปราศจากอคติ เกิดความรัก ความเมตตา มีจิตสำนึกต่อส่วนรวม และสามารถเชื่อมโยงศาสตร์ต่างๆ มาประยุกต์ใช้ได้อย่างสมดุล เกิดความสุขที่เกิดจากปัญญาและความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ จนเกิดเป็นความสมดุลด้านกาย ใจความคิด และจิตวิญญาณอย่างแท้จริง

ดังนั้นเพื่อศึกษาการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองและการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษา จึงบูรณาการแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในกิจกรรมการเรียนรู้ในรายวิชาทักษะการคิดและการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ซึ่งวิชาทักษะการคิดและการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์เป็นรายวิชาที่ต้องฝึกทักษะกระบวนการคิดเป็นระบบเพื่อการแก้ปัญหา กระบวนการคิดนั้น เป็นกระบวนการที่ต้องมีการตัดสินใจภายใต้การควบคุมตนเอง มีการตัดสินใจที่แน่นอน และมีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุมีผล (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2560) โดยปราศจากอคติเพราะอคติเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เกิดได้จากความรู้สึก 4 ประการ ได้แก่ 1) ความรักและความพึงพอใจ 2) ความโกรธ และความเกลียดชัง 3) ความลุ่มหลงมกมาย และ 4) ความกลัว และอคตินี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการคิด (ปัจจัยพื้นฐานแห่งการคิด, 2556) หากการเริ่มต้นพัฒนาผู้เรียนให้มีกระบวนการคิดเป็นระบบในรายวิชานี้ ควบคู่ไปกับการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง และตระหนักรู้ในคุณค่าความเป็นมนุษย์และเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ก็จะเป็นประโยชน์กับการพัฒนาผู้เรียนเป็นอย่างมาก จึงกำหนดรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นการรู้จักและตระหนักรู้ในตนเอง และการรู้จักและเข้าใจผู้อื่น และการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองและการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ซึ่งเป็นนักศึกษาใหม่ที่ยังต้องมีการปรับตัวอย่างมากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและเผชิญกับการเริ่มต้นวิชาชีพพยาบาล จะส่งผลให้นักศึกษาได้มีแนวทางในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้และวัตถุประสงค์ของหลักสูตรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

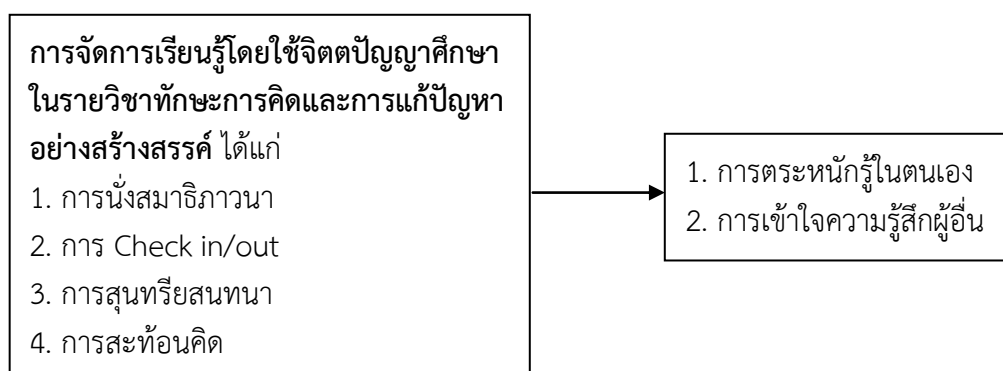
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลหลังการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้
2. คะแนนเฉลี่ยการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาหลังการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) ซึ่งเป็นแนวทางการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อยกระดับจิตใจและปัญญาของบุคคล ให้ความสำคัญกับการสำรวจอารมณ์ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ มุมมองต่อชีวิตและโลกภายในตนเอง ให้คุณค่าการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ ผ่านกระบวนการและกิจกรรมที่หลากหลาย มีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานภายในตนเองอย่างลึกซึ้งทางความคิด และจิตสำนึกใหม่เกี่ยวกับตนเองและโลก ผู้วิจัยจึงได้นำเอาแนวคิดนี้มาออกแบบในรายวิชาทักษะการคิดและการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นวิชาที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง และตระหนักรู้ในคุณค่าความเป็นมนุษย์และเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น โดยจัดการเรียนรู้ใน 4 กิจกรรมด้วยกัน ได้แก่ 1) การนั่งสมาธิภาวนาก่อนเรียน 2) การ check in ก่อนเข้าสู่กิจกรรมการเรียนการสอน และ check out เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการเรียนการสอน 3) การใช้สุนทรียสนทนา ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อฝึกทักษะกระบวนการคิดเป็นระบบร่วมกันเป็นกลุ่ม และ 4) การสะท้อนคิด ผ่านการบันทึกสะท้อนคิดประจำสัปดาห์ สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ 1 กลุ่ม วัดผล 2 ครั้ง (Pretest – Posttest design without control condition)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 จำนวน 105 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 จำนวน 101 คน ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาทักษะการคิดและการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ในปีการศึกษา 2562 และยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.34 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่มาจากงานวิจัยผลของวุฒิกรณ์ พันธุ์ยิ่งยง, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และฉัตรสมุน พฤตภิทยโย (2559) เรื่องการพัฒนางานบริการทางการแพทย์พยาบาลด้วยจิตตปัญญาศึกษา โรงพยาบาลชานคามิลโล จังหวัดราชบุรี และเมื่อวิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G-Power ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 94 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 7 เพื่อป้องกันกลุ่ม

ตัวอย่างสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) (Grove Burns & Gray, 2013) จะได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 7 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 101 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการใช้แนวคิดจิตตปัญญาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบและพัฒนาขึ้นเอง เพื่อใช้ในการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาทักษะการคิดและการแก้ปัญหา อย่างสร้างสรรค์ โดยพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้จากแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) กิจกรรมการเรียนรู้ครอบคลุมการเรียนรู้จากประสบการณ์ภายในจิตใจ การสะท้อนคิดภายในตนเอง การเรียนรู้จากมุมมองที่แตกต่างของผู้อื่นผ่านการฟังผู้อื่น การเรียนรู้ในการรู้จัก เข้าใจ ยอมรับตนเองและผู้อื่น การมีสติ สมาธิ และความมุ่งมั่นในกระบวนการใคร่ครวญภายในอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การนั่งสมาธิภาวนาก่อนเรียน 2) การ check in ก่อนเข้าสู่กิจกรรมการเรียนการสอน และ check out เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการเรียนการสอน 3) การใช้สุนทรียสนทนาระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อฝึกทักษะกระบวนการคิดเป็นระบบร่วมกันเป็นกลุ่ม และ 4) การสะท้อนคิด ผ่านการบันทึกสะท้อนคิดประจำสัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความตั้งใจที่เลือกเรียนวิชาชีพพยาบาล ภูมิสำเนา และระดับผลการเรียน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการตระหนักรู้ในตนเอง ที่นักวิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง จำนวน 10 ข้อ ด้านการประเมินตนเองตามความเป็นจริงจำนวน 10 ข้อ และด้านความมั่นใจในตนเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบ Likert scale 6 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง และไม่จริงเลย คะแนนสูงสุด 180 คะแนน คะแนนน้อยที่สุด 30 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการตระหนักรู้ในตนเองในระดับมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการตระหนักรู้ในตนเองในระดับน้อย โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับ (อนวัติ คุณแก้ว, 2562) ดังนี้ 30 – 80 คะแนน หมายถึง มีการตระหนักรู้ในตนเองในระดับน้อย 81 – 130 คะแนน หมายถึง มีการตระหนักรู้ในตนเองในระดับปานกลาง และ 131 – 180 คะแนน หมายถึง มีการตระหนักรู้ในตนเองในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของอริยญา บุญธรรม และคณะ (2561) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยมาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงสุด 140 คะแนน คะแนนน้อยที่สุด 20 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นในระดับมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นในระดับน้อย โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับ (อนวัติ คุณแก้ว, 2562) ดังนี้ 20 – 60 คะแนน หมายถึง มีการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นในระดับน้อย 61 – 100 คะแนน หมายถึง มีการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นในระดับปานกลาง และ 101 – 140 คะแนน หมายถึง มีการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ

ที่มีประสิทธิภาพในการทำกระบวนการจิตปัญญา โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษา ซึ่งค่า Content Validity Index (CVI) ที่ได้ควรมีค่าเท่ากับ 1 (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญาภา วันทุม, 2560) ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่าแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการตระหนักรู้ในตนเองและแบบสอบถามการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพบว่า แบบสอบถามการตระหนักรู้ในตนเอง เท่ากับ .70 และแบบสอบถามการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น เท่ากับ .70

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 ออกแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรอบแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การนั่งสมาธิภาวนาก่อนเรียน 2) การ check in ก่อนเข้าสู่กิจกรรมการเรียนการสอน และ check out เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการเรียนการสอน 3) การใช้สุนทรียสนทนา ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อฝึกทักษะกระบวนการคิดเป็นระบบร่วมกันเป็นกลุ่ม และ 4) การสะท้อนคิด ผ่านการบันทึกสะท้อนคิดประจำสัปดาห์

1.2 จัดเตรียมอุปกรณ์และเอกสารที่จำเป็นในการจัดการเรียนรู้

1.3 นำรูปแบบการจัดการเรียนรู้ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และพัฒนาปรับปรุงจากข้อเสนอแนะ

1.4 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงการดำเนินการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความยินยอมในการเป็นกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย

2. ระยะการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้จิตตปัญญาศึกษา โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1 ชี้แจงขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงจริยธรรมในการวิจัย และแก่กลุ่มตัวอย่าง

2.2 เก็บข้อมูลวิจัยตามแบบสอบถามก่อนการดำเนินการวิจัย

2.3 จัดกิจกรรมการเรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้จิตตปัญญาศึกษาจำนวน 15 สัปดาห์ๆ ละ 2 ชั่วโมง ตามตารางเรียน โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

2.3.1 ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งสมาธิภาวนา ใช้เวลา 5 นาที

2.3.2 นำกลุ่มตัวอย่าง check in ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันขณะ โดยให้กลุ่มตัวอย่างบอกความรู้สึกของตนเองทีละคน ใช้เวลา 15 นาที

2.3.3 ดำเนินการเรียนการสอนตามกิจกรรมการเรียนการสอนในหัวข้อแต่ละวัน และใช้สุนทรียสนทนาในการจัดการเรียนการสอนระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อฝึกทักษะกระบวนการคิดเป็นระบบร่วมกันเป็นกลุ่ม ใช้เวลา 1.20 ชั่วโมง

2.3.4 นำกลุ่มตัวอย่าง check out ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันขณะ โดยให้กลุ่มตัวอย่างบอกความรู้สึกของตนเองหลังการจัดการเรียนรู้ทีละคน ใช้เวลา 20 นาที

2.3.5 ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการสะท้อนคิด และสะท้อนคิดตามผลการบันทึกการสะท้อนคิด ที่กลุ่มตัวอย่างได้บันทึกประจำสัปดาห์ (ใช้เวลานอก)

3. ระยะการประเมินผล ประเมินผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้จิตตปัญญาศึกษา โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการดำเนินการวิจัย ตรวจสอบแบบสอบถาม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ P-EC 15-03-62 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ผู้วิจัยขออนุญาต ดำเนินการวิจัย โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อค่าคะแนนในวิชาดังกล่าวและการเรียนวิชาอื่นๆ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัย จะรายงานข้อมูลในภาพรวม ไม่ระบุชื่อหรือชื่อที่ปรากฏในการวิจัยนี้เป็นนามสมมติทั้งหมด ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะนำมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น หลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่เผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเองและการเข้าใจ ความรู้สึกผู้อื่นก่อนและหลังการได้รับการใช้แนวคิดจิตตปัญญาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยใช้สถิติ paired t-test และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติโดย Test of Normality พบว่าตัวแปรทุกตัวแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ ($p > .05$)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.06 อายุ ระหว่าง 17-32 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุ 18-19 ปี ร้อยละ 93.07 มีความตั้งใจเลือกเรียนพยาบาลเป็นอันดับ 1 ร้อยละ 77.23 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสุรินทร์ร้อยละ 65.35 และส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสม 2.51-3.50 ร้อยละ 86.14

2. คะแนนการตระหนักรู้ในตนเองและการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเองมากที่สุดคือ ฉันรู้ว่าเวลาที่ฉันมีอาการดี ฉันจะคิดอะไรได้ดีขึ้น ($M = 5.47, SD = 0.65$) รองลงมาคือฉันรู้สึกตัวทันทีเมื่อฉันอารมณ์เสีย ($M = 5.44, SD = 0.68$) และน้อยที่สุดคือ ฉันคิดว่าตัวเองคงไม่สามารถทำอะไรเพื่อพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นได้ ($M = 2.02, SD = 1.29$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการตระหนักรู้ในตนเอง

รายการคำถาม	ระดับการประเมิน						M	SD
	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย		
1. ฉันสามารถบอกอารมณ์ของตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างง่ายดาย	47.5	38.6	12.9	1	0	0	5.32	0.73
2. ฉันรู้สึกตัวทันทีเมื่อฉันอารมณ์เสีย	55.4	33.7	10.9	0	0	0	5.44	0.68
3. ฉันรู้ว่าเวลาที่ฉันมีอารมณ์ดี ฉันจะคิดอะไรได้ดีขึ้น	56.4	34.7	8.9	0	0	0	5.47	0.65
4. ฉันสามารถบอกความรู้สึกที่แท้จริงได้ว่าชอบหรือไม่ชอบอะไร	47.5	37.6	13.9	1	0	0	5.31	0.74
5. ฉันบอกสาเหตุที่ทำให้ตนเองโกรธได้	48.4	34.7	14.9	2	0	0	5.29	0.79
6. ฉันหลีกเลี่ยงการทำงานในเวลาที่มีอารมณ์ไม่ดีเพราะไม่อยากให้งานเสียหาย	31.7	34.7	24.8	5	3	1	4.85	1.09
7. ฉันรับรู้ได้ว่าเวลาที่ฉันมีอารมณ์ที่แตกต่างกัน ฉันจะพูดคุยกับคนอื่นด้วยท่าทีที่แตกต่างกันด้วย	33.7	32.7	25.6	4	4	0	4.88	1.05
8. ฉันสามารถบอกสาเหตุที่ฉันรู้สึกผิดหวังหรือเสียใจได้	42.3	40.6	13.9	2	1	0	5.20	0.87
9. ฉันสามารถบอกได้ว่าฉันต้องการสิ่งใด	35.6	36.6	21.8	5.9	0	0	5.02	0.90
10. ฉันบอกสาเหตุที่ทำให้ฉันรู้สึกกลัวได้	50.5	35.6	10.9	3	0	0	5.33	0.79
11. ฉันรู้ว่าควรปรับปรุงตัวเองในเรื่องใดบ้าง	38.6	35.6	23.8	2	0	0	5.10	0.83
12. ฉันรู้ว่าตัวเองนิสัยเสียอย่างไร	43.6	31.7	18.8	3	2	1	5.08	1.04
13. ฉันคิดว่าตัวเองคงไม่สามารถทำอะไรเพื่อพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นได้	2	5	5.9	16.8	20.8	49.5	2.02	1.29
14. ฉันสอบถามความคิดเห็นของคนรอบข้างเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปรับปรุงของตัวเอง	22.8	34.7	29.7	10.9	1	1	4.64	1.04
15. ฉันทราบว่ามีเรื่องใดบ้างที่ฉันควรขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น	30.7	41.6	22.8	5	0	0	4.98	0.86
16. ฉันพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีคิดหรือพฤติกรรมของตัวเองเพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเอง	57.4	37.6	5	0	0	0	5.25	0.59
17. ฉันชอบที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อให้ตนเองรอบรู้มากขึ้น	53.5	31.7	11.9	2	1	0	5.33	0.88
18. ฉันไม่รู้ว่าตนเองเก่งหรือไม่เก่งเรื่องใด	17.8	12.9	18.8	12.9	17.8	19.8	3.40	1.77
19. ฉันยอมรับได้หากมีคนตำหนิสิ่งที่ฉันทำ	39.6	38.6	17.8	3	1	0	5.11	0.91
20. ฉันคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่บางครั้งฉันจะทำอะไรซุ่มซ่าม	30.7	38.6	18.8	5.9	4	2	4.79	1.16

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการคำถาม	ระดับการประเมิน						M	SD
	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย		
21. ฉันเชื่อว่าฉันมีความสามารถ	33.7	39.6	17.8	6.9	1	1	4.95	1.02
22. ฉันกล้ายืนยันที่จะทำในสิ่งที่ถูกต้องเสมอแม้จะไม่ตรงใจใครหลายคน	29.7	32.7	25.7	8.9	2	1	4.76	1.09
23. ฉันไม่ต้องการเป็นตัวเองในแบบที่เป็นอยู่	3	7.9	14.9	19.8	27.7	26.7	2.58	1.38
24. ฉันรู้สึกพอใจในความสามารถของตนเอง	24.8	31.7	20.8	13.9	4	5	4.44	1.36
25. ฉันไม่กล้าแสดงความคิดเห็นในกลุ่มเพราะกลัวเพื่อนจะไม่ยอมรับ	8.9	13.9	24.8	26.7	10.9	0	3.38	1.47
26. ฉันไม่กล้าตัดสินใจอะไรด้วยตนเองตามลำพัง	12.9	22.8	26.7	11.9	13.9	11.9	3.73	1.56
27. แม้จะอยู่ในสถานการณ์กดดันแต่ฉันก็เชื่อว่าสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้	31.7	39.6	22.8	4	1	1	4.96	1.00
28. ฉันเป็นคนที่ชอบคิดวอกไปมาและเปลี่ยนใจอะไรได้ง่ายๆ	7.9	35.6	19.8	15.8	11.9	8.9	3.86	1.46
29. ฉันคิดว่าตนเองไม่ใช่คนที่น่าสนใจพอที่ใครจะอยากพูดคุยด้วย	13.9	15.8	18.8	15.8	18.8	16.8	3.39	1.67
30. ฉันรู้สึกไม่มั่นใจเวลาไปไหนมาไหนแล้วมีคนมองมาทางฉัน	23.8	25.7	20.8	9.9	11.9	7.9	4.18	1.62

และผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นมากที่สุด คือ การที่ฉันเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นนั้นเป็นคุณสมบัติสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้อื่น ($M = 6.62, SD = 1.62$) ฉันรู้สึกปลื้มใจเวลาที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น ($M = 6.62, SD = 0.88$) รองลงมาคือ การใส่ใจท่าทางและภาษากายจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยได้มากขึ้น ($M = 6.11, SD = 1.60$) และน้อยที่สุดคือ การเจ็บป่วยสามารถรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้นการเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยของพยาบาลจึงไม่มีผลต่อการรักษา ($M = 1.62, SD = 1.35$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น

รายการประเมิน	ระดับความรู้สึก							M	SD
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง		
1. ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น	36.6	41.6	18.8	2	0	0	1	6.08	0.93
2. บุคคลอื่นจะรู้สึกดีขึ้นหากฉันเข้าใจความรู้สึกของพวกเขา	67.3	21.8	8.9	2	0	0	0	6.54	0.74
3. การที่จะเข้าใจสิ่งต่างๆ ตามมุมมองของผู้อื่นเป็นเรื่องที่ง่ายสำหรับฉัน	27.7	20.8	29.7	15.8	5.9	0	0	5.48	1.22
4. ฉันสังเกตและเข้าใจภาษากายของผู้อื่น	22.8	28.7	30.7	11.9	5	1	0	5.49	1.17
5. ฉันรู้สึกเสียเวลามากที่จะต้องทำความเข้าใจความคิดและอารมณ์ของผู้อื่น	35.6	32.7	18.8	5.9	2	1	4	5.75	1.43
6. ฉันรู้สึกรำคาญเมื่อเห็นคนร้องไห้เสียใจเวลาที่ผิดหวัง	1	5	5	3	8.9	21.8	55.4	1.99	0.50
7. ฉันแสดงท่าทางหงุดหงิดเมื่อผู้อื่นมีความคิดเห็นแตกต่างจากฉัน	4	4	5.9	7.9	15.8	24.8	37.6	2.47	1.67
8. ฉันใส่ใจประสบการณ์และอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่น	41.6	32.7	20.8	3	0	1	1	6.05	1.07
9. ฉันฟังผู้อื่นพูดจนจบก่อนที่จะพูดและแสดงความคิดเห็น	35.6	30.7	13.9	7.9	4	2	5.9	5.56	1.67
10. ผู้ป่วยไม่ได้ให้คุณค่ากับการที่พยาบาลดูแลด้วยความเข้าใจ	1	0	5.9	5.9	9.9	18.8	58.4	1.86	1.30
11. การเจ็บป่วยสามารถรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้นการเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยของพยาบาลจึงไม่มีผลต่อการรักษา	2	2	3	2	5.9	10.9	74.3	1.62	1.35
12. การซักถามเกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิตไม่น่าจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจอาการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วย	10.9	2	4	3	4	13.9	62.4	2.21	2.04
13. การใส่ใจท่าทางและภาษากายจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยได้มากขึ้น	65.3	14.9	6.9	3	2	5	3	6.11	1.60
14. ฉันโต้แย้งความคิดของผู้อื่นที่แตกต่างจากฉัน	2	7.9	7.9	15.8	11.9	17.8	36.6	2.72	1.76
15. การเข้าใจความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาแต่อย่างใด	8.9	1	2	4	5.9	12.9	65.3	2.03	1.86

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการประเมิน	ระดับความรู้สึก							M	SD
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง		
16. การเข้าใจสภาพอารมณ์ของ ผู้ป่วยและญาติเป็นปัจจัยสำคัญใน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย	64.4	16.8	5	3	3	2	5.9	6.06	1.70
17. ฉันรู้สึกแปลกใจเวลาที่เห็นคน อื่นดีใจหรือเสียใจ	13.9	11.9	6.9	8.9	4	16.8	37.6	3.21	2.30
18. ฉันตระหนักในความแตกต่าง ระหว่างฉันและผู้อื่น	39.6	22.8	12.9	8.9	5	2	8.9	5.41	1.88
19. ฉันรู้สึกปลื้มใจเวลาที่ได้ ช่วยเหลือผู้อื่น	76.2	16.8	3	3	0	0	1	6.62	0.88
20. การที่ฉันเข้าใจความคิด ความรู้สึกผู้อื่นนั้นเป็นคุณสมบัติ สำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้อื่น	80.2	11.9	5	0	1	0	2	6.62	1.02

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเองและการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้จิตตปัญญาศึกษา

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 หลังการได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้จิตตปัญญาศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้จิตตปัญญาศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ก่อนและหลังการได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้จิตตปัญญาศึกษาพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเองและการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้จิตตปัญญาศึกษา

รายการ	M	SD	t	p
การตระหนักรู้ในตนเอง				
ก่อนการทดลอง	134.02	10.43	5.09	<.001
หลังการทดลอง	138.97	13.29		
การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น				
ก่อนการทดลอง	89.95	8.54	1.06	.29
หลังการทดลอง	89.06	8.58		

การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ก่อนและหลังทดลองพบว่าภายหลังทดลองคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในรายวิชานี้เป็นกิจกรรมที่ผู้เรียนต้องใช้ทักษะการสังเคราะห์ร่างกาย ความคิด และความรู้สึกของตนเอง อย่างสม่ำเสมอและอย่างต่อเนื่องตลอดทั้ง 15 สัปดาห์ ประกอบด้วยการนั่งสมาธิภาวนาก่อนเรียน ที่ทำให้ผู้เรียนได้ใช้กระบวนการใคร่ครวญภายใน การ check in ก่อนเข้าสู่กิจกรรมการเรียนการสอน และ check out เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนได้สำรวจความรู้สึกของตนเอง และการสะท้อนคิดผ่านการบันทึกสะท้อนคิดประจำสัปดาห์ ที่ทำให้ผู้เรียนได้ทบทวนตนเองผ่านการสะท้อนความรู้สึกและความคิดเห็นด้วยวิธีการเขียน ซึ่งกิจกรรมการเรียนรู้ดังกล่าวสนับสนุนให้ผู้เรียนได้พัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง เพราะเป็นกิจกรรมการใคร่ครวญภายในตนเอง การเห็นตัวตนภายในของตนเองตามความเป็นจริงอย่างลึกซึ้ง ยอมรับว่าตนเองไม่สมบูรณ์ และเห็นตนเองว่าเป็นผู้ที่สามารถพัฒนาได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและความเชื่อบางอย่างภายในตนเอง จนสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กิจกรรมดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญของกระบวนการจิตตปัญญา คือการทำความเข้าใจตนเอง การมีสติ ผ่านประสบการณ์ตรงโดยกระบวนการกลุ่มที่เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (ศักดิ์ชัย อนันต์ตรีชัย, 2563) และการที่นักศึกษาได้บันทึกสะท้อนคิด การได้เขียนความรู้สึกตนเอง ทำให้ได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น ได้ใคร่ครวญคิดหาเหตุผลว่าทำไมจึงเกิดขึ้น ทำให้เข้าใจตนเอง ได้ปรับตัวเองให้เข้ากับเพื่อน ได้ปรับอารมณ์ ได้ปรับเปลี่ยนตัวเอง และรู้สึกสบายใจที่ได้เข้าใจตนเอง (อติพร ทองหล่อ, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่มีการนำแนวคิดจิตตปัญญาศึกษามาใช้ศึกษาวิจัยในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลหลายลักษณะ และพบว่าทำให้นักศึกษาปรับเปลี่ยนความคิด ยอมรับและเปลี่ยนแปลงวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง มีความรักความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น มีทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง ไม่ตัดสินผู้อื่น ตระหนักรู้ในตนเอง เรียนรู้อย่างเปิดกว้างโดยเชื่อมั่นและไว้วางใจกัน เคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ และให้การพยาบาลแบบองค์รวมดีขึ้น (วรวรรณ จันทวิเมือง และทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, 2559; วรินทร์ลดา จันทวิเมือง, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, 2561; อรัญญา บุญธรรม, มงคล ส่องสว่างธรรม, กมลธิชา อนันต์, ยຸຣີ เชาวนพิพัฒน์ และธัญยาพร บัวเหลือง, 2561)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ก่อนและหลังทดลองพบว่า ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันนั้น อธิบายได้ว่า ก่อนการทดลองนักศึกษาได้เคยทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นมาก่อนเพราะนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ต้องเรียนรู้ในการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันเนื่องจากต้องเข้ามาอยู่ในหอพักของวิทยาลัยมาแล้ว 1 ภาคการศึกษา ทั้งการปรับตัวกับเพื่อนใหม่ การปรับตัวกับรุ่นพี่ การปรับตัวกับอาจารย์ ตลอดจนบุคลากรฝ่ายต่างๆ ของวิทยาลัย ซึ่งการอยู่ร่วมกันภายในวิทยาลัยต้องมีความเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นในระดับหนึ่ง และแม้ว่าผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่เป็นการเรียนแบบกลุ่มมากถึงร้อยละ 90 ของกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งหมดโดยเน้นให้นักศึกษาใช้สุนทรียสนทนาระหว่างการเรียนและการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยมีข้อตกลงร่วมกันว่านักศึกษาจะพูดและฟังกัน ฟังให้ได้ยินในสิ่งที่เพื่อนพูด ฟังแล้วค่อยคิดตัดสินใจ แต่กิจกรรมกลุ่มในรายวิชานี้ก็เป็นกิจกรรมที่เป็นไปเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสาระวิชาคือการฝึกทักษะการคิดเป็นระบบ กระบวนการฟังจึงมีเป้าหมายในการวิเคราะห์ร่วมกันตามสาระรายวิชา ซึ่งมีความแตกต่างจากการฟังเพื่อการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง นั่นคือการฟังที่เกิดการรับฟังผู้อื่น เรียนรู้เรื่องราว ความคิด ทัศนคติ และตัวตนของผู้อื่นอย่างเข้าใจ ไม่ตัดสิน ลดอคติ ลดอัตตา เพิ่มความเมตตา และการยอมรับผู้อื่นอย่างจริงใจ จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาภายหลังทดลองสูง

กว่าก่อนทดลองเพียงเล็กน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงควรพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่มที่เน้นการวิเคราะห์ความรู้สึก และใช้สุนทรียสนทนาเน้นให้เกิดการฟังเพื่อการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นอย่างลึกซึ้งมากขึ้น

อย่างไรก็ดีจากผลการวิจัยสนับสนุนว่าแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถพัฒนาการเข้าใจตนเองและการตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการคิดเพื่อการแก้ปัญหา เพราะปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาอื่นตามมา การตระหนักในตนเองจะทำให้ไม่ด่วนสรุปหรือตัดสินใจแก้ปัญหา ก่อนจะได้นำแนวทางที่เหมาะสม (ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล และสมยศ ชิดมงคล, 2560) นอกจากนี้การเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง จะเป็นการ “humanize” ตนเอง หมายถึง “การดูแลจิตใจตนเองให้แข็งแรง เพราะถ้าเราไม่แข็งแรง เราไม่สามารถเอามือเราไปประคองช่วยเหลือคนอื่นได้” สนับสนุนว่าจิตตปัญญาศึกษา เป็นกระบวนการที่ทำให้นักศึกษาารู้สึกว่าตนเองมีค่า และเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่านักศึกษาจะไม่ไปด้อยค่าคนอื่น เวลาปฏิบัติกรรพยาบาลกับผู้ป่วยก็จะปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเช่นกัน (อติพร ทองหล่อ, 2563) ซึ่งหากได้ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงภายในตนตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาอย่างต่อเนื่องทุกชั้นปี ทั้งกิจกรรมการเรียนรู้ในชั้นเรียนในรายวิชาต่างๆ และกิจกรรมเสริมหลักสูตร มีแนวโน้มว่าจะสามารถพัฒนานักศึกษาให้เกิดอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนกอย่างแท้จริงนั่นคือ “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นการให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการรวมทั้งผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก” และสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีจิตสำนึกในการรับผิดชอบต่อสังคมโดยรวม ยินดีให้ความช่วยเหลือสังคมด้วยความบริสุทธิ์ใจ ไม่หวังผลตอบแทนอื่นใด นอกจากความสุขใจ ภาคภูมิใจในผลงานที่มีส่วนในการสร้างสรรค์สังคมให้เป็นสุข เจริญรุ่งเรือง เป็นอารยสังคมที่สมบูรณ์ด้วยคุณธรรม จริยธรรม และมนธรรม (ทับทิม วงศ์ประยูร และพรทิพย์ คำพอ, 2554)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถส่งเสริมและสนับสนุนการนำแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา มาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียนและกิจกรรมเสริมหลักสูตรสำหรับนักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่สามารถพัฒนาได้โดยใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษา
2. ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา เพื่อการพัฒนาบุคลากรขององค์กรให้เกิดความตระหนักรู้ในตนเองและความเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น เป็นการพัฒนามาตรฐานองค์กรสู่ความดีงามและความสุข
3. อาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาล สามารถใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งในและนอกห้องเรียน เพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะในศตวรรษที่ 21
4. อาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาล สามารถใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองและการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นสำหรับนักศึกษาแต่ละชั้นปี อย่างต่อเนื่องทุกชั้นปี เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการการเรียนรู้และพัฒนาตนเองของนักศึกษา

5. ผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาล สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเองและคุณค่าของผู้ป่วยและญาติ เกิดความสุขใจ ภาคภูมิใจในผลงานของคนที่ได้ปฏิบัติงานภายใต้คุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยรูปแบบการบูรณาการแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
2. ควรศึกษาวิจัยรูปแบบการบูรณาการแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในกิจกรรมเสริมหลักสูตร
3. ควรศึกษาวิจัยผลของการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาต่อการพัฒนานักศึกษาในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เช่น การเปลี่ยนวิธีการเรียนรู้ของตนเอง การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2560). การคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 70(3), 169-174.
- ทับทิม วงศ์ประยูร และพรทิพย์ คำพอ. (2554). *การบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้วยจิตตปัญญา*. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัจจัยพื้นฐานแห่งการคิด. (2556). สืบค้นจาก <http://seesanniez.blogspot.com/2013/08/blog-post.html>
- ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล และสมยศ ชิดมงคล. (2560). การคิดเชิงระบบ: ประสพการณ์การสอนเพื่อพัฒนาการคิดเชิงระบบ. *วารสารครุศาสตร์*, 45 (2), 209-224.
- ละอียด แจ่มจันทร์ ธิภา บุญชูช่วย และสุนีย์ อินทรสิงห์. (2558). การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง: ถอดบทเรียนจากการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 1-14.
- วรวรรณ จันทวีเมือง และทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ. (2559). นักศึกษาพยาบาลกับการพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิญญาณ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 208-219.
- วรินทร์ลดา จันทวีเมือง, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. (2561). ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(37), 84-102.
- วรินทร์ลดา จันทวีเมือง, อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ และสกุณฑลา แซ่เตียว. (2561). จิตตปัญญาศึกษากับการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 8(3), 51-66.
- วิจารณ์ พานิช. (2558). ‘การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง’ Transformative learning. กรุงเทพมหานคร: เอส. อาร์. ฟรินติง แมสโปรดักส์.
- วุฒิกรณ พันธ์อึ้งยงก นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และฉัตรสมุน พลตมิญญโย. (2559). การพัฒนางานบริการทางการพยาบาลด้วยจิตตปัญญาศึกษา โรงพยาบาลชานคาโมลโล จังหวัดราชบุรี. *วารสารสุขศึกษา*, 39(133), 11-23.
- ศักดิ์ชัย อนันต์ตรีชัย. (2563). *สอนนอกกรอบ: ครูผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงจากภายใน*. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.

สถาบันพระบรมราชชนก. (2554). คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.

สถาบันพระบรมราชชนก. (2556). อัตลักษณ์ของสถาบัน. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

อดิพร ทองหล่อ. (2563). จิตตปัญญาในวิชาทักษะการคิด ใน ศักดิ์ชัย อนันต์ตรีชัย (บรรณาธิการ), *สอนนอกกรอบ: ครูผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงจากภายใน* (หน้า 101-107). สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.

อนุวัติ คุณแก้ว. (2562). *สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรัญญา บุญธรรม, มงคล ส่องสว่างธรรม, กมลนิชา อนันต์, ยຸຣີ เซาว์นพิพัฒน์ และธัญยาพร บัวเหลือง. (2561). การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 35(3), 296-303.

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญานา วันทุม. (2560). การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(2), 105-111.

ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้สูงอายุในชนบทที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

สุพิตรรา เศลวัฒนะกุล, ค.ด.*

Received : February 15, 2021

Revised : June 26, 2021

Accepted : June 28, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้สูงอายุในชนบทที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในเขตชนบท จำนวน 90 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความพึงพอใจ แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบวัดปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม แบบวัดภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.83, 0.81, 0.89 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดย หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบท เป็นอันดับแรก ($\beta = 0.550, p < 0.001$) รองลงมาคือ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ($\beta = 0.334, p < 0.001$) สรุปได้ว่า ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบทได้ร้อยละ 32.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.326, p < 0.001$)

จากการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรด้านสุขภาพ ควรตระหนักถึงปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ ผู้สูงอายุในชนบท โรคเรื้อรัง

* พยาบาลชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี; ผู้ให้การติดต่อ : E-mail : supitra@bcnsurin.ac.th

Factors Predicting Psychological Well-being of Elderly with Chronic Disease in Rural Area

Supitra Selavattanakul, Ph.D^{*}

Abstract

This was a predictive correlational study. The purpose of this study was to study factors predicting psychological well-being of elderly with chronic disease in rural area. The sample were elderly age of 60 or overs who living in rural area. The total number 90 elderly with chronic disease were recruited by purposive sampling from persons who met criteria. Research instruments included personal information, well-being of elderly, the activities of daily living, supporting factors, and depression. The research instrument was tested for reliability by alpha Cronbach' coefficient, value of 0.83, 0.81, 0.89, 0.82 respectively Mean, standard deviation and multiple regressions statistic were used for data analysis.

The findings shown that the most influence factor was together could predict psychological well-being of elderly persons in rural area were supporting factor ($\beta = 0.550$, $p < 0.001$) and activities of daily living ($\beta = 0.334$, $p < 0.001$). In conclusion, supporting factor and activities of daily living were together could statistically significant explain 32.6% of variance for psychological well-being of elderly persons in rural area ($R^2 = 0.326$, $p < 0.001$).

This research suggests that health care providers should aware supporting factor and *activities of Daily Living* of elderly people in order to develop program or activity to continues and sustainable promote psychological well being of elderly people in rural area.

Keywords: Psychological well-being, The elderly in rural area, Chronic disease

^{*} Senoir Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing Surin
Corresponding E-mail: supitra@bcnsurin.ac.th

บทนำ

การพ้นจากวัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุพบว่าการสลายของเซลล์มากกว่าสร้าง ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง และผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในหลายๆ ด้านที่เกิดขึ้นพร้อมกัน มีความเสื่อมถอยทางสรีรวิทยาจึงประสบปัญหาสุขภาพหลายประการส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ส่วนหนึ่งมาจากการเจ็บป่วยสะสมตั้งแต่วัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงาน แต่ไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดอาการรุนแรงในวัยสูงอายุ นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งพบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับบุคคล นำไปสู่การมีภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยในหลายระบบ ทั้งร่างกายที่อาจพบว่า ทูพพลภาพ อ่อนแรงและการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเอง หรือทางด้านจิตใจ อาจเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า การขาดความมั่นใจในตนเองหรือความรู้สึกในตนเองลดลง (อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิชสุตา เดชบุญ, รัตนาภรณ์ อาษา และกฤติเดช มิ่งไม้, 2561; สุพัตรา ศรีวิฑูชากร, ผกาวรัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ, มธุพร ภาคพรต และพฤกษา บุบุญญ, 2559) นอกจากนี้ด้วยความเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงการช่วยเหลือจากผู้อื่น เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สูญเสียความมั่นใจในตนเอง หรืออาจแยกตัวออกจากสังคม ไม่ได้รับความสนใจจากลูกหลาน และไม่ให้ความเคารพ ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ เบื่อหน่าย และแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางใจในชีวิตลดลง ผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุขทางใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาโดยเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวด้านร่างกาย จิตใจ ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดความเครียด ความทุกข์อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิต ดังนั้นความสุขทางใจจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิต (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2559; ยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2562)

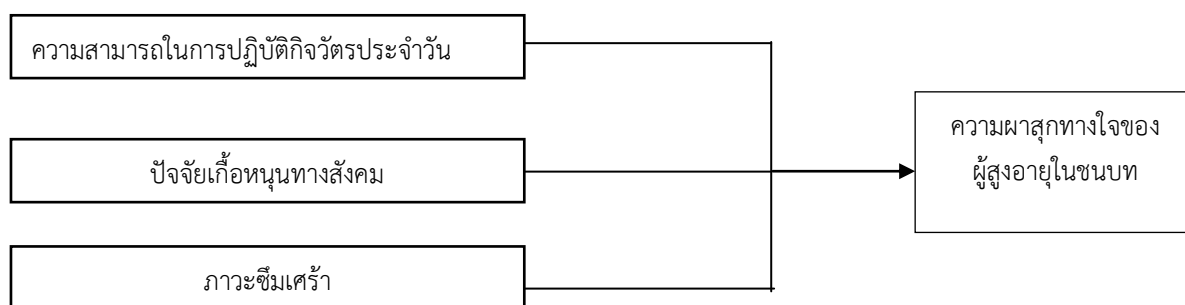
ความสุขเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (สมหญิง ฤทธิ์สื่อไกร, 2559) ความสุขทางใจ (Psychological well-being) เป็นคุณลักษณะทางจิตใจเชิงบวกที่สัมพันธ์กับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม การมีจุดหมายในชีวิต และการมีความสุของกาม (ยุพา ทองสุขและคณะ, 2562) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อความสุขทางใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ การศึกษาจากยุพา ทองสุขและคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขทางใจของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า สูงอายุมีความสุขทางใจ ระดับปานกลาง ($M = 51.13$, $SD = 4.50$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความสุขทางใจได้สูงสุด คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.358$, $p < 0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของฤติมาศ พุทธิมาตย์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และลินจง โพธิบาล (2563) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความสุขทางใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่ามีการสนับสนุนทางสังคมและความสุขทางใจอยู่ในระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางใจระดับสูง ($r = 0.60$, $p < 0.01$) ขณะที่ชนัญชิดาธุฎี ทูลศิริ และนารีรัตน์ บุญเนตร (2563) ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่อความสุขทางใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสุขทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 50.95$, $SD = 5.95$) เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($b = 0.430$) การมองโลกในแง่ดี ($b = 0.264$) และการสนับสนุนทางสังคม ($b = 0.169$) สามารถรวมทำนายความสุขทางใจได้ร้อยละ 37.9 ($R^2 = 0.379$, $P\text{-value} < 0.001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบได้ว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขทางใจของผู้สูงอายุ อาทิ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ซึ่ง

มุ่งหวังว่าความผาสุกทางใจนั้นเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยเสื่อม รวมทั้งเป็นสิ่งที่ช่วยเยียวยาจิตใจให้มีพลังใจและนำไปสู่การป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตได้ สำหรับการศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่ผ่านมานั้นแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถทำนายความผาสุกทางใจได้ แต่เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ เช่น ชุมชนผู้สูงอายุ บ้านพักผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น โดยมีการจัดกิจกรรม หรือส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งอาศัยในชนบท เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่น่าสนใจอีกกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากลักษณะความเป็นอยู่ และวิถีชีวิตความแตกต่างของสังคมชนบท ในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชนบทที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระดับใดเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมความผาสุกทางใจแก่ผู้สูงอายุในชนบทต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive Correlational Study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบท

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชนบทแห่งหนึ่ง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม และโรคมะเร็ง จำนวน 165 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในชนบทแห่งหนึ่ง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม และโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) ไม่มีการกำเริบของโรคสามารถดำเนินชีวิตได้ตามอัตรภาพ 4) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 5) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับสถิติ Linear multiple regression โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (Faul, 2014) ซึ่งกำหนดขนาดอิทธิพล

0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.80 ปัจจัยทำนายที่ใช้ในการศึกษา (Number of predictors) มี 3 ปัจจัย, Test family F test (ธวัชชัย วรพงศธร และสุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2561) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 77 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือ 90 ราย โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน โดยมีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ด้าน ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากร ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2 ส่วนคือ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Modified Barthel ADL Index - MBAI) และ 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต่อเนื่องและซับซ้อน โดยใช้ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index; CAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและได้รับการทดสอบแล้วกับผู้สูงอายุไทย โดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2544)

ส่วนที่ 3 แบบวัดปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่แปลและพัฒนาโดย กัตติกา ธนะขว้าง (Thanakwang, 2008) ตามแนวคิดของเคราส์ และมากิเดส (Krause & Makides, 1990) โดยปรับสำนวนภาษาข้อคำถามบางข้อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แยกเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน/เพื่อนบ้าน โดยมีแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัวจำนวน 11 ข้อ และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเพื่อน จำนวน 11 ข้อ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การแรงสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ 2) การเกื้อหนุนด้านความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม และ 3) การแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยใช้มาตรวัดแบบ rating scale 4 ระดับ ได้แก่ (1) ไม่เคย (2) เป็นบางครั้ง (3) ค่อนข้างบ่อย และ (4) เป็นประจำ ซึ่งแต่ละข้อจะเป็นข้อคำถามความเห็นทางบวกทั้งหมด โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 11 – 44 คะแนน ซึ่งคะแนนมากบ่งชี้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale-GDS-15) ที่แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณสมบัติ โดย ณัททพร วงศ์ปการันย์ และคณะ (N. Wongpakaran, T. Wongpakaran, & Reekun, 2013) มีจำนวน 15 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 15 คะแนน โดยแบ่งกลุ่มคะแนนตามระดับของภาวะซึมเศร้า ดังนี้คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 0 - 4 คะแนน ซึมเศร้าเล็กน้อย 5 - 7 คะแนน ซึมเศร้าปานกลาง 8 - 12 คะแนน ซึมเศร้ารุนแรง 13 - 15 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบวัดความผาสุกทางใจ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุไทย ฉบับภาษาไทยที่สร้างและพัฒนาในบริบทของผู้สูงอายุไทย โดย อินเกอซอล เดย์ตัน และคณะนักวิจัยไทย (Ingersoll-Dayton, Saengtienchai, Kespichayawattana, & Aungsuroch, 2004) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ คือ ความผาสุกทางใจในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal psychological well-being) จำนวน 9 ข้อ และความผาสุกทางใจที่รู้สึกข้างใน (Intrapersonal psychological

well-being) จำนวน 6 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ (1) ไม่จริง (2) จริงบางครั้ง (3) ค่อนข้างจริง และ (4) จริงตลอดเวลา ซึ่งแต่ละข้อจะเป็นข้อคำถามความเห็นทางบวกทั้งหมด โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 15 – 60 คะแนน ซึ่งคะแนนมากบ่งชี้ถึงการมีความพึงพอใจสูง

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้ว มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Index Item Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นมาใช้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 นั้น มีการนำปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทแห่งหนึ่ง มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) พบว่า แบบวัดความพึงพอใจ แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบวัดปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม แบบวัดภาวะซึมเศร้า ได้เท่ากับ 0.83, 0.81, 0.89 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ขอรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (P-EC 01-12-64) และคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ (PSH-REC No. 004/2564) ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการขอข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลส่วนตัวที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมทั้งหมดเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการใช้แบบสอบถาม
5. เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Multiple regression แบบวิธี Stepwise multiple regression โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติชนิดนี้ในเรื่อง Normality, Linearity, Homoscedasticity, และ independence ของความคลาดเคลื่อน (Residual) รวมทั้งทดสอบความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ (Multicollinearity)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบท

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.0 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 สถานภาพสมรส แต่งงานและอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 43.3 จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 95.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 46 ส่วนผู้ที่ทำงาน ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพทำนา คิดเป็นร้อยละ 40.0 รายได้ 500 - 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70.0 มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 65.5 ภาวะสุขภาพทั่วไปในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีความคิดว่าตนเองสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 45.0 ออกกำลังกายเป็นบางครั้งไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 43.3 เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ปีละประมาณ 3 ครั้งหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 41.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า

ความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวันพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวันต่อเนื่องและความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวันโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 19.38, SD = 1.176$; $M = 19.38, SD = 1.176$; $M = 27.63, SD = 2.45$) ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมภาพรวมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบทและปัจจัยเกื้อหนุนจากครอบครัว/ญาติพี่น้องอยู่ในระดับสูง ($M = 72.80, SD = 16.93$; $M = 36.40, SD = 8.47$; $M = 27.63, SD = 2.45$) ส่วนปัจจัยเกื้อหนุนจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน ($M = 29.09, SD = 9.27$) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบทมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ($M = 50.22, SD = 6.09$) และไม่พบว่าภาวะซึมเศร้า ($M = 3.92, SD = 2.98$)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบท

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างปัจจัยด้านความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน

ปัจจัยเกื้อหนุนของผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบท

ตัวแปร	b	SE	β	t
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	0.830	0.221	0.334	3.760*
ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม	0.198	0.032	0.550	6.199*
Constant (a)=12.854, R square=.341, Adjusted R square=.326, F=14.139, *P<.001				

ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบท เป็นอันดับแรก ($\beta = 0.550, p < 0.001$) รองลงมาคือ ความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน

($\beta = 0.334$, $p < 0.001$) ตามลำดับ ดังนั้น สรุปได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบทได้ร้อยละ 32.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001 ($R^2 = 0.326$)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางใจในระดับสูง และปัจจัยด้านความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวันและปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบท แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่หากผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวันและปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่ดีแล้ว จะเป็นตัวแปรที่ช่วยให้บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีมีความผาสุกในชีวิต โดยเฉพาะปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่สำคัญของความผาสุกทางใจ อาจด้วยในสังคมไทยให้ความสำคัญกับครอบครัว (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2560) และมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจ (กัตติกา ธนะขว้าง, วันทนา ถิ่นกาญจน์ และรวมพร คงกำเนิด, 2558) และจากการศึกษาแรงงานสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสิงหนคร จ.สงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.543$) (กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ, 2559) และสามารถทำนายได้ร้อยละ 29.50 สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในภาคเหนือตอนบน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจในระดับสูง ($r = 0.60$, $p < 0.01$) (ฤดีมาศ พุทธิมาตย์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และ ลินจง โปธิบาล, 2563) ผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งยังคงเป็นบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้เป็นอย่างดี จากปรัชญาของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – พ.ศ. 2564) ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุไม่ใช่ภาระของสังคม แต่เป็นบุคคลที่สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมได้และในขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมชุมชนและรัฐอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) นอกจากนี้แล้วการที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความสามารถในการควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมได้ รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงสามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้ร้อยละ 11.9 ($R^2 = 0.119$, $p < 0.001$) (อมสิน ศิลสังวรรณ, 2555)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัย ศึกษาปัจจัยด้านอื่น เช่น กิจกรรมทางศาสนา การออกกำลังกาย เป็นต้น หรือการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชนบท
2. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ นำไปพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม และการส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันแก่ผู้สูงอายุในชนบท เพื่อให้เกิดความผาสุกทางใจและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสน และเยาวลักษณ์ ยิ้มเนียน. (2559). ความสัมพันธ์และอำนาจในการ
ทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 8(1), 1-13.
- กัตติกา ธนะขำ, วันทนา ถิ่นกาญจน์ และรวมพร คงกำเนิด (2558). *การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
โรคเบาหวานในประเทศไทย*. นครราชสีมา : สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี
สุรนารี.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2553). *แผนผู้สูงอายุ
แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ : เทพเพ็ญ
วานิชย์.
- จุฑารัตน์ แสงทอง. (2560). สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ Aging Society
(Complete Aged): The elderly condition of good quality. *วารสารกึ่งวิชาการ*, 38 (1), 1-27.
- ชนัญชิดาคุณ ทุลศิริ และนาริรัตน์ บุญเนตร. (2563). ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน.
วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 15(2), 116-123.
- ธวัชชัย วรพงศธร และสุริย์พันธุ์ วรพงศธร. (2561). *การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Retrieve on march, 2020*. สืบค้นจาก
http://advisor.anamai.moph.go.th/download/Journal_health/2561/HEALTH_41_2/HEALTH_Vol_41_No_2_02.pdf.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2559). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ.
วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 24-38.
- ฤดีมาศ พุทธิมาตย์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และลินจง โปธิบาล. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุก
ทางใจของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(1), 61-74.
- ยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทาง
ใจของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(1), 95-110.
- สมหญิง ฤทธิ์ลือไกร. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี.
เอกสารการประชุมนำเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ครั้งที่10
ประจำปีการศึกษา 2559*. สืบค้นจาก http://nursemis.rtu.ac.th/file_re/MgkGyoTTue64618.pdf
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัตรา ศรีวิชชากร, ผกาวรรณ ฤทธิ์ศรีบุญ, มธุรพร ภาควรรต และพฤกษา บุบุญญ. (2559). *บทเรียนการ
พัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอเพื่อระบบสุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา
สุขภาพชุมชน.
- อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิษสุตา เดชบุญ, รัตนภรณ์ อาษา และกฤติเดช มิ่งไม้. (2561). คุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในจังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิจัยและพัฒนาวิจัยและพัฒนาลอยลงกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์*,
3(3), 1-11.
- ออมสิน ศิลสังวรรณ. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย
นเรศวร.

- Collins, A. L., Gleib, D. A., & Goldman, N. (2009). The role of life satisfaction and depressive symptoms in all-cause mortality. *Psychology and Aging, 24*(3), 696–702.
- Faul F. G*Power version 3.1.9.2 (2014). Retrieved from <https://www.psychology.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/>.
- Ingersoll-Dayton, B., Saengtienchai, C., Kespichayawattana, J., & Aungsuroch, Y. (2004). Measuring Psychological well-Being: Insights from Thai Elders. *The Gerontologist, 44*(5), 596-604.
- Krause, N., & Markides, K. S. (1990). Measuring social support among older adults. *The International Journal of Aging & Human Development, 30*(1), 37–53.
- Thanakwang, K. (2008). Social Networks and Social Support Influencing Health- Promoting Behaviors among Thai Community-Dwelling Elderly. *Thai Journal of Nursing Research, 12*(4), 243-258.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Reekum, R. V. (2013). The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of Clinical Medicine Research, 5*(2), 101–111.

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค Kawasaki disease: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล
กรณีศึกษา: Complete Kawasaki disease

วรวิทย์ แสงทอง, พย.ม.^{*}
สุชาดา นิ่มวัฒนากุล, พย.ม.^{**}
ศุภรดา มั่นยืน, พย.ม.^{***}
เพ็ญแข ดิษฐบรรจง, พย.ม.^{****}

Received : July 7, 2020

Revised : May 31, 2021

Accepted : June 5, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณีในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะการอักเสบของหลอดเลือด (vasculitis) ชนิด Complete Kawasaki disease มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค Kawasaki disease ที่มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการทางคลินิกครบตามเกณฑ์ทั้ง 5 ข้อของเกณฑ์วินิจฉัย แต่มีการแสดงอาการทำให้การวินิจฉัยโรคมีความล่าช้าและส่งผลถึงการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การสังเกตอาการ ได้แก่ ไข้สูง การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การอักเสบของเส้นเลือดแดงขนาดกลางและขนาดเล็ก ลิ้นมีสีแดงคล้ายผลสตรอว์เบอร์รี่ ต่อมทอนซิลโตมากกว่า 1.5 cm. ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างเฉียบพลันจากเส้นเลือด coronary ไปยังปอด และมีการอุดตันของหลอดเลือดจากการอักเสบ หรือการแตกของเลือด

บทความนี้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถด้านการพยาบาลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การพยาบาลที่ถูกต้องและการรายงานแพทย์ที่รวดเร็วจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ การพยาบาลเพื่อลดความไม่สุขสบายจากอาการไข้สูง จัดการอาการรับประทานได้น้อยจากอาการเจ็บปาก ดูแลให้ Intravenous Immunoglobulin (IMG) และยา Aspirin สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ตลอดจนการให้คำแนะนำเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : การพยาบาลเด็ก โรคคาวาซากิ กรณีศึกษา

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์; ผู้ให้การติดต่อ e-mail : worawutsangthong@gmail.com

** ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

*** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

**** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Pediatric Nursing with Kawasaki disease: The Challenging Role of Nurses

Case Study: Complete Kawasaki Disease

Worawut Saengthong, M.N.S.^{*}

Suchada Nimwatanakul, M.N.S.^{**}

Suparada Munyeun, M.N.S.^{***}

Penkhae Dittabunjong, M.N.S.^{****}

Abstract

The aim of this study is to describe a case study of a pediatric patient with complete Kawasaki disease type of vasculitis. This article aimed to provide knowledge on disease execution and nursing approaches to Kawasaki disease patients who has signs and symptoms with the five criteria for the clinical diagnosis of the disease. This patient has shown some signs and symptoms that affect the duration of diagnosis in which could cause mortality. The importance of diagnosis is composed of the previous history taken, physical examination; especially, high fever, changes in the epithelial skin, inflammation of the medium and small arteries, cervical lymphadenopathy ≥ 1.5 cm in diameter. There was a chance of a coronary aneurysm can be caused if not treated. These complications were coronary aneurysms due to inflammation or rupture of blood vessels.

This article is a guideline for nurses in enhancing nursing skills for providing nursing care for children. Nurses can show appropriate care by promptly consult pediatrics as some complications are observed. Nursing care included management of discomfort for high fever, poor nutrition for oral pain, care for Intravenous Immunoglobulin (IVIG) and aspirin. The optimal goals of nursing care are to prevent complications. Moreover, good health advice will lead to effective nursing care.

Keywords: Pediatric nursing care, Kawasaki disease, Case study

^{*} Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin; Corresponding Author e-mail: worawutsangthong@gmail.com

^{**} Director of Boromarajonani College of Nursing, Surin

^{***} Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin

^{****} Nursing instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

บทนำ

ภาวะการอักเสบของหลอดเลือด (vasculitis) เป็นพยาธิสภาพที่สำคัญของการเกิดโรค Kawasaki disease ปัจจุบันยังไม่ทราบเชื้อก่อโรค แต่มีการศึกษาทางระบาดวิทยาสันนิษฐานว่าอาจเกิดจากกลไกความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันที่ถูกกระตุ้นโดยการติดเชื้อ (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์, 2557) เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจพิการภายหลัง (acquired heart disease) ในเด็ก อาการสำคัญคือ มีไข้ เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและเยื่อต่างๆ โดยเฉพาะบริเวณปาก ลิ้น มีลักษณะสีแดงคล้ายผลสตอร์เบอร์รี่ ฝ่ามือฝ่าเท้าลอก และต่อมน้ำเหลืองโต เนื่องจากเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพการอักเสบของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย จึงทำให้พบหลอดเลือดโป่งพอง (aneurysm) ตามหลอดเลือดต่างๆ พบเกร็ดเลือดเพิ่มสูงมากเป็นสาเหตุให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการโป่งพองของหลอดเลือดแดงหัวใจ (coronary artery aneurysm) ในขณะที่มีการโป่งพองของเส้นเลือดแดงจะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ดีและเกิดภาวะหัวใจวายได้ (วรรณไพรัช และสุพัตรา นุตรักษา, 2561)

พยาบาลผู้เป็นด่านหน้าในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และวางแผนการพยาบาลด้วยความรู้ความเข้าใจในการดำเนินโรคที่ถูกต้องจะช่วยให้การวินิจฉัยโรคได้รวดเร็วและแม่นยำ สามารถให้การรักษได้ทันเวลาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ จากความสำคัญดังกล่าวผู้เขียนจึงสนใจศึกษาย้อนหลังกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะการอักเสบของหลอดเลือด (vasculitis) ชนิด Complete Kawasaki disease โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ปัญหาทางสุขภาพ และผลการให้การพยาบาลจากสถานการณ์จริงที่ปรากฏกับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มพูนความรู้และเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะการอักเสบของหลอดเลือด (vasculitis) ชนิด Complete Kawasaki disease ต่อไป

พยาธิสรีรวิทยา

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุและกลไกการเกิดโรคที่ชัดเจน แต่เชื่อว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้อง (genetically susceptible host) เนื่องจากพบว่าเด็กญี่ปุ่นที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีอุบัติการณ์การเกิดโรค Kawasaki มากกว่าชนชาติอื่นและพบอุบัติการณ์สูงขึ้นในพื้นที่เมืองและผาแฝด (รัฐพล ว่องวันดี, 2561) นอกจากนี้ยังเชื่อว่ามีสารสิ่งแปลกปลอมหรือไวรัสบางชนิดที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจโดยอาศัยลมในการพัดพา (wind-borne agent) (Rodo, Curcoll, Ballester, Burns, & Cayan, 2014) ระบบการสร้างภูมิคุ้มกันจะถูกรบกวน มีปฏิกิริยาสร้างสารเชิงซ้อนทางภูมิคุ้มกัน (Ag-Ab complex) จับกับเยื่อผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดดำเล็ก (venules) และหลอดเลือดแดงเล็ก (arterioles) อักเสบ โดยลุกลามไปยังชั้นกล้ามเนื้อของหลอดเลือดแดง (muscular arteries) ของผนังหลอดเลือดภายใน 12-25 วัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจโป่งพอง (coronary artery aneurysm) ผนังหลอดเลือดจะหนา มีหินปูนเกาะบริเวณหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับอันตราย และจากการตีบและโป่งพองของหลอดเลือดอาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบต่อหัวใจได้สูง (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2555)

อาการและอาการแสดงของโรค แบ่งได้ 3 ระยะ ดังนี้ (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์, 2557)

1. **ระยะไข้เฉียบพลัน (Acute febrile phase)** แสดงอาการหลักๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัย ไข้สูง ตาแดง ผื่นตามตัวริมฝีปากแดง แห้งแตก strawberry tongue ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ฝ่ามือฝ่าเท้าบวมแดง ระยะนี้ใช้เวลา 1 - 2 สัปดาห์

2. **ระยะกึ่งเฉียบพลัน (Subacute phase)** ไข้เริ่มลง ผื่นเริ่มหายไป ต่อมน้ำเหลืองที่คอยุบลง ตาแดงลดลง ในระยะท้ายๆ ของระยะนี้จะมีผิวหนังลอกบริเวณปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า เกร็ดเลือดจะเริ่มสูงขึ้นและ

มากที่สุด ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจ อาจมีการอุดตันหรือโป่งพองของหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้ ระยะนี้ใช้เวลา 2 สัปดาห์

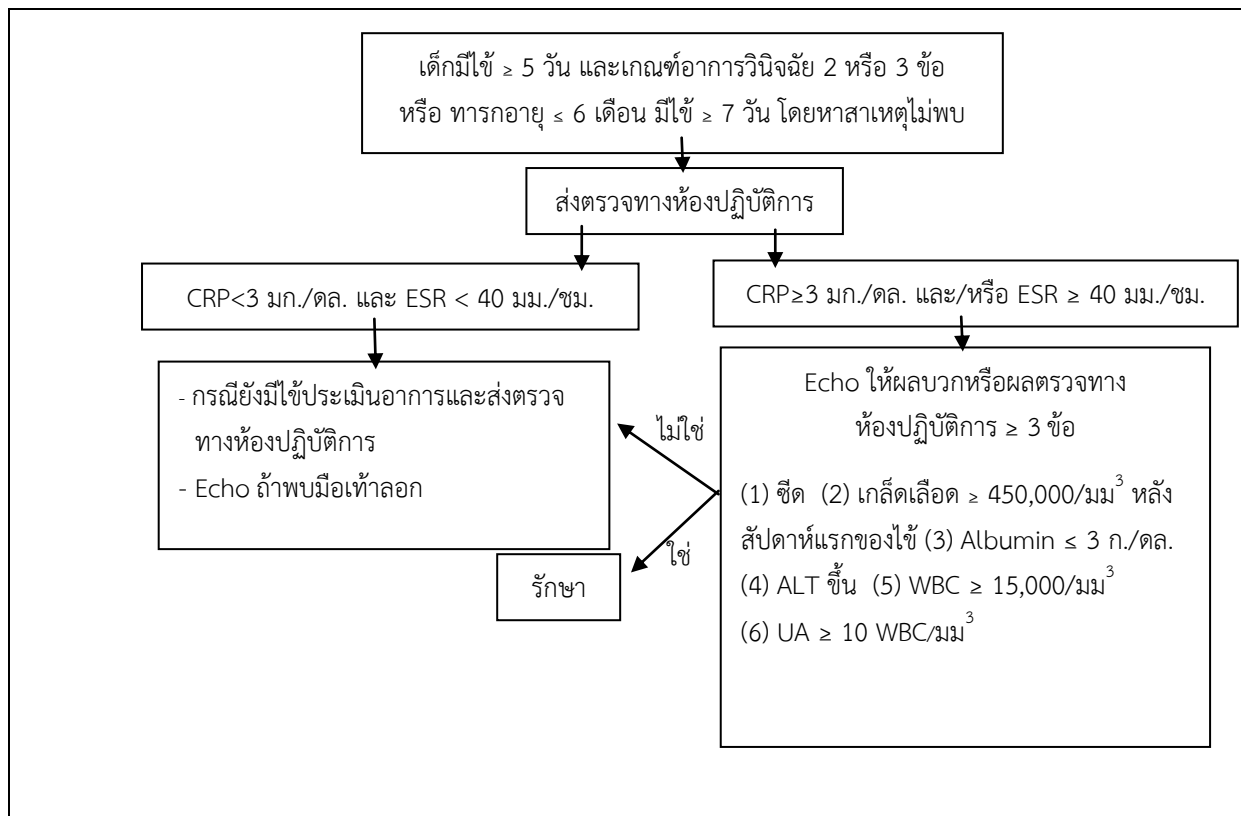
3. ระยะพักฟื้น (Convalescent phase) ระยะนี้อาการต่างๆ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ESR, Platelet) กลับเข้าสู่ภาวะปกติ อาจพบรอยขวางที่เล็บ เรียกว่า “Beau’s line” ระยะนี้ใช้เวลา 6 - 8 สัปดาห์

การวินิจฉัยโรค Incomplete Kawasaki disease

โรค Kawasaki disease วินิจฉัยกลุ่มอาการตามเกณฑ์เป็นหลัก (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์, 2557) ดังนี้ (1) มีไข้มากกว่า 5 วัน (2) มีอาการแสดงอาการหลักอย่างน้อย 4 ข้อ คือ 2.1) อาการตาขาวแดงโดยไม่มีขี้ตาเกิดหลังไข้ 1-2 วัน 2.2) มีการเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากกับเยื่อช่องปาก แดง แห้งและแตก ลิ้นแดง เรียกว่า Strawberry tongue 2.3) ผื่นแดงขึ้นตามตัวและแขนขาแต่ไม่มีอาการคัน 2.4) มีการเปลี่ยนแปลงที่หลังมือหลังเท้าโดยจะบวมแดงระยะแรก 1-3 สัปดาห์ต่อมาจะลอกที่ปลายนิ้วมือเท้า 2.5) ต่อมมน้ำเหลืองที่คอโตมากกว่า 1 ต่อม ขนาดมากกว่า 1.5 ซม. มักพบข้างเดียว อาการแสดงดังกล่าวต้องไม่เกิดจากสาเหตุอื่นที่อาจให้อาการแสดงคล้ายคลึงกัน เช่น ผื่นแพ้ยา ผื่นจากไวรัส โรคต่อมน้ำเหลืองที่คออักเสบ โรคไขข้ออักเสบ เป็นต้น อาการแสดงเข้าเกณฑ์วินิจฉัยเรียกกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ว่า “Complete Kawasaki disease” แต่หากอาการทางคลินิกไม่ครบ 4 ใน 5 ข้อ และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 3 ข้อใน 6 ข้อ ร่วมกับผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงให้ผลบวก เรียกกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่ครบเกณฑ์วินิจฉัยนี้ว่า “Incomplete Kawasaki disease” (วัชร จามจุรีรักษ์, ชาลี พรพัฒน์กุล และจาดศรี ประจวบเหมาะ, 2555)

American Heart Association ให้คำแนะนำการวินิจฉัย Incomplete Kawasaki disease โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย ถ้ามีไข้มากกว่า 5 วัน และอาการแสดงไม่ครบ 4 ข้อให้ตรวจ ESR และ CRP ถ้า ESR ≥ 40 mm/hr. หรือ CRP ≥ 3 mg/dL ให้ตรวจ supplemental criteria ถ้ามากกว่า 3 ใน 6 สามารถให้การวินิจฉัยโรค Incomplete Kawasaki disease ได้เลย และสามารถให้การรักษาโดยการให้ IVIG และ ASA ได้ และส่งตรวจ Echocardiogram (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์, 2557)

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการวินิจฉัยในกรณีสงสัย Incomplete Kawasaki disease (รัฐพล ว่องวันดี, 2561)



การพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะการอักเสบของหลอดเลือดแดงขนาดกลางจากโรค Kawasaki disease

เป้าหมายการพยาบาลคือ ป้องกันการเกิดการโป่งพองของหลอดเลือดหัวใจและมีลิ้นเลือดอุดตันในหลอดเลือด การให้ Intravenous Immunoglobulin (IVIG) และยา Aspirin จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ การพยาบาลตามอาการแสดง เช่น ภาวะชักจากไข้สูงหรือความไม่สุขสบายจากไข้ ความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บปาก รับประทานอาหารได้น้อย ตลอดจนอธิบายการดำเนินของโรคให้ผู้ดูแลเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวลจากภาวะเจ็บป่วยที่บุตรเผชิญอยู่ โดยผู้เขียนขอยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่ป่วยด้วยภาวะการอักเสบของหลอดเลือดแดงจากโรค Kawasaki disease ดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 3 เดือน น้ำหนัก 6 กิโลกรัม ส่วนสูง 67 เซนติเมตร เป็นบุตรคนที่ 1 นับถือศาสนาพุทธ บิดามารดามีอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ของครอบครัว 30,000 บาท/เดือน ภูมิลำเนาจังหวัดสุรินทร์ มีประวัติแพ้ยาพ่น Ventolin (มีผื่นขึ้นบริเวณผิวหนังหลังพ่นยา) มารดาครรภ์แรก G₁P₁A₀L₁ ฝากครรภ์คุณภาพ น้ำหนักแรกคลอด 2,862 กรัม หลังคลอด 1 วันมีภาวะตัวเหลืองส่องไฟรักษา 3 วัน ได้รับวัคซีนครบตามกำหนด รับไว้รักษา ณ โรงพยาบาลสุรินทร์ วินิจฉัยโรคครั้งแรก Viral Infection และวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Complete Kawasaki disease อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มีไข้สูง มีน้ำมูกใสร่วมกับถ่ายเหลว ผื่นแดงตามร่างกาย รับไว้ในความดูแลระหว่างวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 ถึงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 7 วัน วิเคราะห์ประเด็นสถานการณ์และให้การพยาบาลได้ดังนี้

ตาราง 1 การดำเนินโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา	วิเคราะห์สถานการณ์
7 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้า	มีไข้สูง (ใช้วันที่ 4) ซึม ร้องไห้งอแง ให้นม มารดาแบบcup feeding รับได้ 12ออนซ์ ปากและริมฝีปากแห้ง เยื่อบุตาแดงทั้ง 2 ข้างโดยไม่มีซีตา มีเสมหะในลำคอ ฟัง ปอดได้ยินเสียง crepitation RUL มีผื่น แดงตามร่างกาย ถ่ายเหลว 4 ครั้ง BT = 40.8 °C HR= 152 ครั้ง/นาที RR= 48 ครั้ง/นาที BP= 94/68 mmHg O ₂ Sat = 95 %	CBC: Hct.26%,Hb8.9 g/dl,WBC10,940cell/mm ³ RBC: 361,000 cell/mm ³ Plt.: Count 335,000 cell/mm ³ PMN: 65.9%, Lymphocyte 28.9% ESR: 63 mm/hr. H/C: No growth UA: Color yellow Sp.gr 1.010 pH 6 ผล Negative ได้แก่ Protein, Glucose, Blood, Ketones, RBC 0-1 cell, WBC 1-2 cell	<u>Order for One day</u> - Admit 6/4 - 5% DN/3 1000 ml iv 20 ml/hr. - CPM 1.5 mg iv stat. <u>Order for Continuation</u> - Breast milk - Record V/S <u>Medicine</u> - Paracetamol syrup. (120mg) 2.5ml. oral ทุก 6 ชม. - Hidrasec (10) 1x2 oral. Bid pc. - Bromhexine 1.5 ml. Oral tid. Pc. - Atarax syrup 1.5 ml. Oral tid. Pc - Calamine apply prn.	จากการซักประวัติ มารดาให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยมีไข้มาแล้ว 4 วัน มีน้ำมูกใสร่วมกับมีอาการถ่ายเหลว มีผื่นตามร่างกาย แพทย์ วินิจฉัย Viral Infection จะเห็นได้ว่าลักษณะอาการแสดงมี ความคล้ายอาการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร สังเกตจากไข้ สูง ถ่ายเหลว มีผื่นแดงตามตัวโดยเฉพาะที่ก้น ผู้ป่วยมีไข้สูง T= 39.2 องศาเซลเซียส จึงมีภาวะเสี่ยงต่อการชกจากไข้สูง เนื่องจากสมองของเด็กกำลังพัฒนาการเจริญเติบโตจึงไวต่อการ กระตุ้นให้ร่างกายมีภาวะชัก (สมพร สุนทรภา, 2561) จึงควร ให้ยาลดไข้ทันที และเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที ดูแลความสะอาด ก้นไม่ให้เปื่อยขึ้น หากมีก้นแดงทาดด้วย Zine oxide cream ให้สารน้ำชดเชยการสูญเสียน้ำออกจากร่างกายจากการถ่าย เหลวและภาวะไข้ ติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย และชีพจรที่สูง (T= 39.2°C, PR = 150 ครั้ง/นาที)
8 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้า และเวรบ่าย	มีไข้ วันที่ 5 อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 37.8 – 40°C ตาแดง ในช่องปากพบจุดแดงขึ้น บริเวณกระพุ้งแก้มทั้ง 2 ข้าง ถ่ายเหลว ร่วมกับมีก้นแดง Stool Examination พบเชื้อ Entamoeba histolytica ผื่น แดงตามร่างกายมีลักษณะสีแดงคล้ำ หัว ใจเต้นเร็ว HR= 164 ครั้ง /min หายใจ เร็ว RR= 54 ครั้ง/min BP= 98/72 mm.Hg O ₂ Sat = 96 %	CBC: Hct. 24.5%, Hb 8.4 g/dl, WBC 17,700 cell/mm ³ RBC: 321,000 cell/mm ³ Plt.: Count 229,000 cell/mm ³ MCV 76.4 fl. RDW-CV 15.1%, WBC: PMN 69.9%, Lymphocyte 27.6% Monocyte 1.1% ESR: 65 mm/hr. H/C: No growth UA: Color yellow Sp.gr 1.005 pH 5.5 ผล Negative ได้แก่ Protein, Glucose, Blood, Ketones, RBC 0-1 cell, WBC 3-5 cell LFT: Total protein 5.2 g/dl, Albumin 2.9 g/dl, Globulin 2.3 g/dl, Total bilirubin 0.36 mg/dl, AST 26 U/L, ALT 38 U/L Stool Exam.: Entamoeba histolytica	<u>Order for One day</u> - CBC, ESR, H/C x I, U/A, LFT - CXR - KOH preparation - 5% DN/3 1000 ml in 20 ml/hr. - รายงานเวชกรรม R/O measles - measles IgM, IgG - Stool c/s, Exam. <u>Order for Continuation</u> - Vitamin A 50,000 U. Oral x 2 วัน - นม lactose free - ORS prn. - Zine oxide cream ทากัน prn. <u>เวลา 18.18 น.</u> - Metronidazole syrup (200mg/5ml) 1.5 ml. Oral tid. Pc.	อาการแสดงของผู้ป่วยทำให้แพทย์นึกถึงโรคหัด (measles) จึง ส่งตรวจ measles IgM, IgG, และ KOH preparation บริเวณ กระพุ้งแก้ม ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีถ่ายเหลว ผลตรวจไม่พบเชื้อ measles ผลKOH preparation ในปากและกระพุ้งแก้มไม่พบ เชื้อ ผล Stool Exam. พบเชื้อ <i>Entamoeba histolytica</i> รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ลักษณะอาการถ่ายเหลวอธิบายได้ว่า การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร น้ำย่อย lactase ที่ทำ หน้าที่ย่อยน้ำตาล lactose ซึ่งพบมากในนมมารดาและนมวัว จะลดต่ำลง ทำให้การย่อยน้ำตาล lactose ไม่มีประสิทธิภาพ จึงควรให้นม lactose free กับผู้ป่วยร่วมกับนมมารดา พยาบาลควรให้ความสำคัญกับภาวะขาดน้ำและความไม่สมดุล ของอิเล็กโทรไลต์ โดยการประเมินภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ผิวแห้ง ร้องไห้ไม่มีน้ำตา กระหม่อมบวม ปัสสาวะออกน้อย ภาวะซึมไม่ ตอบสนอง ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์โดยเฉพาะค่า Na ⁺ , K ⁺ หาก ผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา	วิเคราะห์สถานการณ์								
		measle IgM, IgG: Negative										
9 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้า	ผู้ป่วยยังมีไข้ วันที่ 6 อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง T= 38.1-39.2°C ลิ้นและปากแดง (Strawberry tongue) พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอด้านขวา ขนาด 3 cm. ไม่มีถ่ายเหลว กันแดงลดลง HR= 150 ครั้ง/นาที RR= 48 ครั้ง/นาที BP= 102/82 mmHg O ₂ Sat = 98 %	-	<u>Order for One day</u> - 5% DN/3 1000 ml in 20 ml/hr.	ลักษณะอาการทางคลินิกที่ผู้ป่วยเป็นแสดงไม่ชัดเจน หากเปรียบเทียบกับแนวทางการวินิจฉัยโรค incomplete Kawasaki disease ดังนี้ <table><tr><th colspan="2">เปรียบเทียบตั้งแต่วันแรกรับจนถึงวันวินิจฉัยโรค</th></tr><tr><th>อาการแสดง complete Kawasaki disease</th><th>กรณีศึกษา incomplete Kawasaki disease</th></tr><tr><td>ไข้ ≥ 5 วัน</td><td>☒ ไข้ 7 วัน</td></tr><tr><td>เกณฑ์อาการวินิจฉัย 4 ใน 5 ข้อ 1) การเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและในช่องปาก 2) การอักเสบของเยื่อตาทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา 3) ผื่นแดง 4) ผ่ามือผ่าเท้าบวมแดง 5) ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตข้างเดียว ≥ 1.5 ซม.</td><td>☒ ลิ้นแดง (Strawberry tongue) ☒ พบเยื่อตาอักเสบทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา ☒ มีผื่นแดงตามร่างกาย ☐ ผ่ามือผ่าเท้าบวมแดง ☒ ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตข้างเดียว ≥ 1.5 ซม.</td></tr></table>	เปรียบเทียบตั้งแต่วันแรกรับจนถึงวันวินิจฉัยโรค		อาการแสดง complete Kawasaki disease	กรณีศึกษา incomplete Kawasaki disease	ไข้ ≥ 5 วัน	☒ ไข้ 7 วัน	เกณฑ์อาการวินิจฉัย 4 ใน 5 ข้อ 1) การเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและในช่องปาก 2) การอักเสบของเยื่อตาทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา 3) ผื่นแดง 4) ผ่ามือผ่าเท้าบวมแดง 5) ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตข้างเดียว ≥ 1.5 ซม.	☒ ลิ้นแดง (Strawberry tongue) ☒ พบเยื่อตาอักเสบทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา ☒ มีผื่นแดงตามร่างกาย ☐ ผ่ามือผ่าเท้าบวมแดง ☒ ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตข้างเดียว ≥ 1.5 ซม.
เปรียบเทียบตั้งแต่วันแรกรับจนถึงวันวินิจฉัยโรค												
อาการแสดง complete Kawasaki disease	กรณีศึกษา incomplete Kawasaki disease											
ไข้ ≥ 5 วัน	☒ ไข้ 7 วัน											
เกณฑ์อาการวินิจฉัย 4 ใน 5 ข้อ 1) การเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและในช่องปาก 2) การอักเสบของเยื่อตาทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา 3) ผื่นแดง 4) ผ่ามือผ่าเท้าบวมแดง 5) ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตข้างเดียว ≥ 1.5 ซม.	☒ ลิ้นแดง (Strawberry tongue) ☒ พบเยื่อตาอักเสบทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา ☒ มีผื่นแดงตามร่างกาย ☐ ผ่ามือผ่าเท้าบวมแดง ☒ ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตข้างเดียว ≥ 1.5 ซม.											
10 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้าและ เวรบ่าย	วันที่ 7 ของไข้ พบว่าภาวะไข้อยังไม่ลดลง ร่วมกับมีภาวะช็อค แพทย์ส่งตรวจ CBC พบ ค่า Hct. ลดลงจากวันที่ 7-8-10 กุมภาพันธ์ 2563 เป็น 28%, 24.8%, 23% ตามลำดับ จึงให้ PRC 30 cc. vein in 3 hr. Hct.หลังให้เลือด = 32% สัญญาณชีพก่อนให้ IVIG T= 38°C PR=130 ครั้ง/นาที RR=36 ครั้ง/นาที BP=108/49 mmHg สัญญาณชีพขณะให้ IVIG เริ่มให้	CBC: Hct. 23%, Hb 7.8 g/dl, WBC 18,300 cell/mm ³ RBC: 300,500 cell/mm ³ Plt.: Count 312,000 cell/mm ³ MCV: 75.5 fL, MCH 25.4 pg, RDW-CV 15.6% , WBC: PMN 68.3%, Lymphocyte 28.3% Monocyte 0.7% Hct.: ปลายนิ้ว = 23% Blood grouping: AB Rh. Typing: Positive	<u>Order for One day</u> - IV เดิม rate 20 cc/hr. - CBC + Hct. - G/M for PRC 60 cc x 1 U. - if Hct. < 25% ให้ PRC 30 cc vein in 3 hr. - Plan ให้ IVIG, ASA <u>Order for One day</u> <u>เวลา 15.30 น.</u> - IVIG 12.5 gm. (250 ml) 3.5mL/hr.	จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อค Hct. = 23% ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของระบบไหลเวียนเลือด จะทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย และมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากตัวนำออกซิเจนลดลง การให้เลือดประเภท PRC จะช่วยเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดแดงในร่างกายเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆของร่างกาย โดยปกติเด็กอายุ 3 เดือน ระดับฮีโมโกลบินไม่ควรต่ำกว่า 11 กรัม/ดล. ระดับฮีมาโตคริต ไม่ควรต่ำกว่า 33% (วิชัย ประยูรวิวัฒน์, 2552) อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย 4 อาการ ได้แก่ 1) มีไข้ 2) ลิ้นแดง 3) เยื่อตาอักเสบทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา								

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา	วิเคราะห์สถานการณ์
	เวลา 19.30 น. <u>15 นาที x 4 ครั้ง</u> สัญญาณชีพอยู่ในช่วง T= 36.8 - 37.8°C PR =130 - 136 ครั้ง/นาที RR= 40 - 44 ครั้ง/นาที BP= Systolic 104 – 110 mmHg Diastolic 80-92 mmHg <u>30 นาที x 2 ครั้ง</u> สัญญาณชีพอยู่ในช่วง T= 36.6 - 37.4°C PR =128 - 138 ครั้ง/นาที RR= 40 - 42 ครั้ง/นาที BP= Systolic 106 – 112 mmHg Diastolic 80-90 mmHg <u>ทุก 1 ชั่วโมง x 3 ครั้ง</u> สัญญาณชีพปกติ สัญญาณชีพอยู่ในช่วง T= 36.6 - 37.2°C PR =128 - 1360 ครั้ง/นาที RR= 38 - 44 ครั้ง/นาที BP= Systolic 106 – 110 mmHg Diastolic 80-92 mmHg		iv x 30 min. Then 7 ml/hr. iv x 30 min Then 14 ml/hr. iv x 30 min Then 28 ml/hr. iv จนหมด - record V/S ทุก 15 นาที x 4 ครั้งทุก 30 นาที x 2 ครั้ง ทุก 1-4 ชม. จนคงที่ - if BP < 70/40 PR > 150 notify <u>Order for Continuation</u> - ASA (300) 1 tab ละลายน้ำ 5 ml กินพร้อมอาหาร เข้า -เย็น	4) ต่อมาน้ำเหลืองที่คอโต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (1) ซีดี (2) เกล็ดเลือด $\geq 450,000/\text{mm}^3$ (3) Albumin $\leq 3 \text{ g./dl.}$ (4) ALT ขึ้น (5) WBC $\geq 15,000/\text{mm}^3$ (6) UA $\geq 10 \text{ WBC}/\text{mm}^3$ มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรคคือ White blood cell = $11.7 \times 10^3/\text{uL}$ (High) ESR = 65 mm/hr. (High) ผล Liver Function test (LFT) Albumin 2.9 g/dl (Low) Globulin 2.3 g/dl (Low) จะเห็นว่าอาการทางคลินิกไม่ครบ 4 ใน 5 ข้อของเกณฑ์วินิจฉัย เรียกอาการของโรคลักษณะนี้ว่า incomplete Kawasaki disease (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์, 2557) แพทย์วางแผนให้ Intravenous immunoglobulin (IVIG) และยา Aspirin ผู้ป่วยอยู่ในระยะไข้เฉียบพลัน (Acute febrile phase) จึงควรเช็ดตัวลดไข้ร่วมกับให้ยาลดไข้ กระตุ้นดูดนม สังเกตอาการถ่ายเหลว และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
11 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้าและ เวรบ่าย	ประเมินสัญญาณชีพ ครั้งที่ 5 (02.00 น.) *ไข้ลดลง T= 36.8°C PR=130ครั้ง/นาที RR=44ครั้ง/นาที BP=93/42 mmHg ครั้งที่ 6 (03.00 น.) T= 37.8°C PR=136ครั้ง/นาที RR=44ครั้ง/นาที BP=104/70mmHg สัญญาณชีพคงที่ ไข้ลดลงอยู่ในระดับปกติ จนกระทั่ง IVIG หมด เวลา 12.00 น.ของ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้ป่วยไม่มี หายใจลำบาก มีไข้สูงช่วงเวลา 19.30 – 01.00น. หลังจากเวลา 02.00 – 12.00น.		<u>Order for One day</u> - Consult Cardio -incomplete Kawasaki - ส่ง Echo. พรุ่งนี้ 9 โมง <u>Order for Continuation</u> - Off hidrasec - Off Atarax	ลักษณะอาการแสดงของผู้ป่วยไม่ครบทั้ง 5 ข้อตามเกณฑ์วินิจฉัยในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 แพทย์ให้ Intravenous immunoglobulin และยา aspirin เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดหัวใจโป่งพองและมีลิ้นเลือดอุดตัน การรักษาด้วย Intravenous immune globulin (IVIG) 2 g/kg หยอดเข้าหลอดเลือดในเวลาประมาณ 12 ชั่วโมง เริ่มต้นให้ในขนาด 0.6 ml/kg/hr แล้วเพิ่มอัตราเป็นเท่าตัวทุก 15-30 นาที อัตราเร็วสูงสุดไม่เกิน 4.8 ml/kg/hr (สมบูรณ์ จันทรสกุลพร, 2557) สามารถรักษาการอักเสบและลดการเกิด coronary aneurysm จากร้อยละ 25 เหลือร้อยละ 5 ได้ (รัฐพล ว่องวันดี, 2561) การพิจารณาให้ IVIG ควรมีข้อระวังคือการแพ้แบบ anaphylaxis โดยเฉพาะใน 2-3 ชม. นอกจากนี้ยังพบภาวะน้ำ

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา	วิเคราะห์สถานการณ์
	ไข้ลดลง อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 130-138 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 36-40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ			เกิน ความดันโลหิตสูงได้ จึงควรวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. ร่วมกับควบคุมปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกให้เหมาะสมตลอดของการให้ IVIG (สมบูรณ์ จันทรสกุลพร, 2557) ถ้าพบอาการแพ้อย่างรุนแรงและเฉียบพลันต้องหยุดให้ IVIG ทันที และรายงานแพทย์ การให้ ASA ช่วยลดกระบวนการอักเสบและป้องกันการอุดตันของ coronary artery นิยมใช้ คือ 80-100มก./กก./วัน เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาคือภาวะ Reye syndrome (สมบูรณ์ จันทรสกุลพร, 2557) ลดขนาดของยาลงเป็น 3-5 มก./กก./วัน โดยจะให้ยาจนไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ coronary artery จะกลับมาเป็นปกติ ระหว่างให้ ASA ควรหลีกเลี่ยงการให้ Ibuprofen เนื่องจากจะไปยับยั้งการทำงานของ ASA ได้ ในกรณีที่ดื้อยา ASA พิจารณาใช้ยา dipyridamole ขนาด 1-5 มก./กก/วัน แทน (Mc.Crindle, et al., 2017)
12 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้า	ไข้ลดลง ผู้ป่วย Active ดี ดูนมมารดาได้ สัญญาณชีพปกติ เยื่อตาส่วนลูกตา (bulbar) สีขาว रिमฝีปากแดง มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่มีมือและเท้า ลักษณะลอกเป็นขุย	- ผล Echocardiography พบ Mild ectasia	<u>Order for Continuation</u> Fer-in-sol 0.8 ml oral OD.	การทำ Echocardiogram เป็นการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและมีประวัติสงสัยโรค Kawasaki เพื่อดูความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ
13 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้า	ไข้ลดลง रिमฝีปากและลิ้นสีชมพู ไม่มีผื่นแดงตามร่างกาย ต่อมทอนซิลอักเสบบริเวณคอ ด้านขวาไม่บวม หายใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในระดับปกติ ไม่มี Murmur ความดันโลหิตปกติ ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติของสารถหลังหรือการตีบแคบ			

การวางแผนทางการพยาบาล สรุปลักษณะอาการและการพยาบาลที่พบในกรณีศึกษา

ปัญหาและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลทางการพยาบาล	การประเมินผลทางการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยที่ 1 เสี่ยงต่อการชกเนื่องจากไข้สูง (S): มารดาให้ประวัติว่า “ลูกไข้สูงตลอด เช็ดตัวให้แล้วแต่ไข้ไม่ลง” (O) : ผู้ป่วยอายุ 3 เดือน บิดามีประวัติชกจากไข้สูง อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 38.6-40.2°C ผล CBC: WBC 10,940 cell/mm³ ถ่ายเหลว ผลตรวจ stool exam พบเชื้อ Entamoeba histolytica	เป้าหมาย ป้องกันภาวะชกจากไข้สูง เกณฑ์การประเมินผล - ไม่มีอาการชกจากไข้สูง - อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง T = 36.5-37.5 องศาเซลเซียส	- ประเมินภาวะไข้ บันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง และสังเกตอาการชก - ให้ยาลดไข้ Paracetamol syrup. (120mg) 2.5ml. ทางปาก และเช็ดตัวลดไข้ (tepid sponge) ด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำอุณหภูมิห้อง ภายหลังจากเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที วัดไข้ซ้ำ - ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นวางตามจุดรวมของเส้นเลือดเพื่อให้หลอดเลือดคลายตัว เช่น ข้อพับ ขาหนีบ ซอกคอและรักแร้ - ให้คำแนะนำผู้ปกครองให้การช่วยเหลือเบื้องต้นหากผู้ป่วยมีภาวะชกโดยตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง และให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทุกครั้ง	ภาวะชกจากไข้สูง มีสาเหตุมาจากไข้ที่เกิดจากการติดเชื้อในร่างกายโดยแยกออกจากการติดเชื้อในระบบประสาท พบในเด็กอายุ 3 เดือน ถึงอายุ 5 ปี (Syndi Seinfeld, & Pellock, 2013) เมื่อเด็กมีไข้สูงมากกว่า 39 องศาเซลเซียส สมอของเด็กลำไส้ พัฒนาการเจริญเติบโตจึงไวต่อการกระตุ้นให้ร่างกายมีภาวะชก ประมาณร้อยละ 30-50 อาจมีอาการชกซ้ำได้เมื่อมีไข้สูง โดยทั่วไปเมื่อเด็กมีอายุมากกว่า 5 ปี โอกาสเกิดการชกจากไข้สูงจะน้อยลงเนื่องจากสมอมีการเจริญเติบโตมากขึ้นจึงไวต่อการกระตุ้นน้อยลง (สมพร สุนทรภา, 2561)	ผู้ป่วยไม่มีอาการชกจากไข้สูง อุณหภูมิกายลดลงในวันที่ 5 ของการดูแล
ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อการโป่งพองและลิ้มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการอักเสบของผนังหลอดเลือด (S): มารดาให้ข้อมูลว่า “หมอแจ้งว่าลูกป่วยเป็นโรคคาวาซากิ ต้องให้ยาละลายลิ้มเลือดและให้ภูมิคุ้มกันจากเลือด” (O) : อาการและอาการ	เป้าหมาย ป้องกันการเกิดการโป่งพองและลิ้มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ เกณฑ์การประเมินผล - ไม่มีการโป่งพองหรืออุดตันของหลอดเลือดหัวใจ - ไม่มีปฏิกิริยาการแพ้แบบเฉียบพลันจากการได้รับ IVIG ได้แก่ ไข้หนาวสั่น หน้าแดง แน่น	- ให้ Intravenous immune globulin (IVIG) 12.5 gm vein drip 3.5 ml/hr. x 30 นาที เพิ่มอัตราการหยด 7 ml/hr. x 30 นาที, 14 ml/hr. x 30 นาที, 28 ml/hr. จนกระทั่งยาหมด วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่ หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตอาการแพ้แบบเฉียบพลัน หากพบอาการแพ้อย่างรุนแรงและเฉียบพลันต้องหยุดให้ IVIG ทันทีและรายงานแพทย์ - ให้ยา Aspirin หลังอาหารทันทีเพื่อป้องกันการรวมตัวของเกล็ดเลือด ลดการเกิดลิ้มเลือด	โรคคาวาซากิ (Kawasaki disease) เป็นโรคที่มีการอักเสบของหลอดเลือดแดงขนาดกลาง (vasculitis) ในเด็ก ยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน มีงานวิจัยหลายฉบับรายงานว่าส่วนใหญ่พบว่าเกิดจากกลไกผิดปกติทางภูมิคุ้มกันที่ถูกกระตุ้นโดยการติดเชื้อ และมีปัจจัยทางพันธุกรรมเกี่ยวข้องด้วย (Newburger, Takahashi, & Burns, 2016) เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิด acquired heart disease ในเด็ก พบได้บ่อยในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 50 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.5:1 เมื่อเคยเป็นโรคนี้แล้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ร้อยละ 3 อาการแสดง	ผล Echocardiogram พบ Mild ectasia ไม่มีปฏิกิริยาการแพ้แบบเฉียบพลันจากการได้รับ IVIG สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ

ปัญหาและ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และเกณฑ์ การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลทางการพยาบาล	การประเมินผล ทางการพยาบาล
แสดงของผู้ป่วยครบทั้ง 5 ข้อ ของเกณฑ์วินิจฉัย แพทย์ วางแผนการรักษาโดยให้ IVIG และยา Aspirin ผล ESR 65 mm/hr. (สูง) มีไข้ T=40.8 °C (สูง) Hx. ไข้ > 5 วัน ตรวจ ร่างกาย พบ nonexudative bulbar conjunctivitis, dry cracked lips, papillae tongue (Strawberry tongue), polymorphic rash ต่อม้ำเหลืองที่คอโต	หน้าอก ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน - สัญญาณชีพอยู่ในช่วง ปกติ T = 36.5-37.4 °C R = 25-60 ครั้งต่อนาที P = 80-160 ครั้งต่อ นาที	เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ การมี เลือดออกง่ายตามร่างกาย กระเพาะอาหาร หลีกเลี่ยงการให้ยาช่วงกระเพาะอาหารว่าง 3. ประเมินการทำงานของหัวใจ อัตราการ เต้นของหัวใจ การหายใจ อาการที่แสดงถึงภาวะ หัวใจขาดเลือด เช่น อาการเขียว ร้องกวน ไม่ดูด นม อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปัสสาวะลดลง เป็นต้น 4. เน้นย้ำผู้ปกครองถึงความสำคัญของการ มาตรวจตามนัดและการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	ของโรคประกอบด้วยไข้สูง มีการเปลี่ยนแปลงของ ผิวหนัง เยื่อเยื่อ มีการอักเสบของเส้นเลือดแดง ต่อม้ำเหลืองที่คอโต ซึ่งโรคนี้สามารถหายได้เอง (Self-limited) แต่มีโอกา สเกิด coronary aneurysm ได้ร้อยละ 15-25 ถ้าไม่ได้รับการรักษา (Newburger, Takahashi, & Burns, 2016) โดยมี ภาวะแทรกซ้อนคือ กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่าง เฉียบพลัน (acute myocardial infarction) จาก การที่ coronary aneurysm มี thrombosis หรือ rupture การรักษานิยมให้ Intravenous immunoglobulin และยา aspirin เพื่อป้องกันการ เกิดหลอดเลือดหัวใจโป่งพองและมีลิ่มเลือดอุดตัน	
ข้อวินิจฉัยที่ 3 มีภาวะขาด น้ำและได้สารอาหารไม่ เพียงพอ เนื่องจาก รับประทานอาหารได้น้อย สัมพันธ์กับการอักเสบของ หลอดเลือดแดงของอวัยวะ ในช่องปาก (S): มารดาผู้ป่วยให้ข้อมูล ว่า “ลูกไม่ยอมดูดนม ร้องให้ ตลอดเวลา ในช่องปากแดง” (O) : ตรวจร่างกายพบ dry cracked lips, papillae tongue, polymorphic rash, ผิวหนังปลายนิ้วมีลอก,	เป้าหมาย 1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะ ขาดน้ำ 2. ผู้ป่วยได้รับนมมารดา อย่างเพียงพอ เกณฑ์การประเมินผล - ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวอยู่ ในเกณฑ์ปกติ - ดูนมมารดาได้ - ได้รับอาหาร (นม) ตามปกติ - ไม่มีอาการเจ็บปาก ไม่ร้องไห้งอแง	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ ขาดน้ำ เช่น ผิวหนังแห้ง เหงื่อออก ปากแห้ง น้ำหนักลด ร้องไห้ไม่มีน้ำตา กระหม่อมบวม เล็กน้อย ซิพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะ ออกน้อยกว่า 1 mL/kg/hr. 2. ดูแลให้ปายยา Xylocaine viscus ก่อน ให้นม เพื่อลดอาการเจ็บปาก 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับนมมารดา และนมผสม Lactose Free วันละ 30 ออนซ์/วัน หรือ 900 มิลลิลิตรต่อวัน 4. ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำชนิด 5% DN/3 1000 ml in 20 mL/hr. 5. ดูแลริมฝีปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอโดยการทา ลิปมันหรือวาสลีนสำหรับเด็กบ่อยๆ	ภาวะขาดน้ำ แบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ เล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง กรณีศึกษาพบอาการแสดงโดยมีอาการเจ็บปากที่ เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดในช่องปากทำให้ ไม่ยอมดูดนม ร้องไห้งอแงตลอดเวลา น้ำหนักลดลง 0.5 กิโลกรัม คิดเป็น 8.9% (ระดับ Moderate) อาการแสดงของระดับปานกลาง (Moderate) ได้แก่ น้ำหนักตัวลดลง 6-9% ของน้ำหนักก่อนป่วย ความดันโลหิตต่ำ ร้องไห้ไม่มีน้ำตา กระหม่อมบวม เล็กน้อย ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่คืนกลับในช่วง 2 วินาที Urine specific gravity > 1.020 ปัสสาวะ ออกน้อยกว่า 1 mL/kg/hr. Capillary refill 2-3 วินาที (World Health Organization, 2013) การได้รับนมปริมาณที่น้อยต่อวัน ส่งผลต่อการ	ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ดูนมมารดาได้ ไม่แหงะ นม ไม่มีอาการเจ็บปาก ไม่มีภาวะขาดน้ำ น้ำหนัก 6.5 กิโลกรัม (เพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม) ผิวหนังยืดหยุ่นดี ปัสสาวะออก 60 mL ใน 8 ชั่วโมง อัตราการ เจริญเติบโตของผู้ป่วย เป็นไปตามเกณฑ์ เมื่อเทียบกับเด็กในช่วงวัย เดียวกัน W/A = 114 (Normal) H/A = 125 (Normal)

ปัญหาและ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และเกณฑ์ การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลทางการพยาบาล	การประเมินผล ทางการพยาบาล
น้ำหนักลดลงจาก 6 kg. เป็น 5.5 kg ส่วนสูง 67 kg.		6. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวันด้วยเครื่องชั่งเดิม และเวลาเดิม 7. ประเมินค่า W/A, H/A, W/H	เจริญเติบโตของทารก โดยทารกอายุแรกเกิดถึง 3 เดือนน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นวันละ 20-30 กรัม พลังงาน ที่ต้องการได้รับต่อวันคือ 600 Kcal ปริมาณนมควร ได้รับวันละ 30 ออนซ์ เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัว เมื่อเทียบกับอายุของทารก 3 เดือนจะอยู่ที่ 4,800 – 5,700 กรัม ส่วนสูงเพิ่มขึ้น 3.5 เซนติเมตรของ ส่วนสูงแรกเกิด (มาลี วิทยารรรัตน และพัชรี ใจการุณ, 2555)	W/H = 91.2 (Normal)
ข้อวินิจฉัยที่ 4 ไม่สุขสบาย จากเยื่อบุตาแดง ลื่นแดง อักเสบ มีผื่นตามตัว ต่อม น้ำเหลืองที่คอบวมโต (S): มารดาให้ข้อมูลว่า “ลูกร้องเวลาดูนม ชอบใช้มือ เกาผื่นแดงตามตัว” (O) : มีผื่นแดงตามตัว เยื่อ บุตาแดง ลื่นแดง มีแผลใน กระพุ้งแก้ม ต่อมน้ำเหลืองที่ คอบวมโต 1.5 ซม. ผล KOH ไม่พบเชื้อ	เป้าหมาย เพื่อทุเลาอาการเยื่อบุตา แดง ลื่นแดงอักเสบ มี ผื่นตามตัว ต่อม น้ำเหลืองที่คอบวมโต เกณฑ์การประเมินผล - ไม่มีอาการเยื่อบุตา แดง - ไม่มีอาการลื่นแดง อักเสบ - ผื่นแดงตามตัวลดลง - ต่อมน้ำเหลืองที่คอ ไม่โต	1. ประเมินอาการเยื่อบุตาแดง ลื่นแดงอักเสบ มีผื่นตามตัว ต่อมน้ำเหลืองที่คอบวมโต 2. ให้การพยาบาลเพื่อทุเลาอาการแสดงที่เกิด ตามอาการ ดังนี้ 2.1 อาการเยื่อบุตาแดง ให้การพยาบาล โดยจัดชั่วโมงเฝ้าไข้ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหลับ และ พักการใช้สายตา ปิดไฟ ม่านไม่ให้มีแสงจ้า และ ให้ยา Vitamin A 50,000 U. ตามแผนการ รักษา ใส่ถุงมือให้ผู้ป่วยเพื่อลดการขยี้ตา ลดการ ติดเชื้อเพิ่ม 2.2 อาการลื่นแดงอักเสบ และอาการต่อม น้ำเหลืองที่คอบวมโต เกิดจากการอักเสบของ หลอดเลือดแดง ให้ยาปฏิชีวนะ และ IVIG ตาม แผนการรักษา 2.3 ผื่นแดงตามตัว ทาโลชั่นคาลาไมยด์ให้ ลดการสัมผัสบริเวณผื่น ใช้มือลูบเบาๆ อาบน้ำ ให้ผู้ป่วยใช้สบู่อ่อนๆ และน้ำอุ่น ซับผิวให้แห้งอยู่ เสมอ	การอักเสบของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย อาการ หลักประกอบไปด้วย ไข้ และอาการเข้าเกณฑ์การ วินิจฉัยหลัก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากใน ในช่องปาก การอักเสบของเยื่อบุตา ผื่น การ เปลี่ยนแปลงของฝ่ามือฝ่าเท้า และต่อมน้ำเหลืองที่ คอโตซึ่งผู้ป่วยจะไม่สุขสบายจากอาการที่เป็น ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้การพยาบาลตามอาการเพื่อทุเลา อาการ คือ (1) การอักเสบของเยื่อบุตา การพัก สายตาไม่ใช้สายตามาก ลดแสงกระตุ้นทำให้ไม่มี การระคายเคืองตา (2) อาการลื่นแดงอักเสบ เกิด จากการอักเสบของหลอดเลือด ให้ IVIG ร่วมกับ ASA จะลดการอักเสบและอาการบวมโตของต่อม น้ำเหลือง (3) ผื่นแดงตามตัว ทาโลชั่น คาลาไมยด์ ช่วยลดอาการคัน	ภายหลังการรักษาวันที่ 4 อาการเยื่อบุตาแดงลดลง พบ ผื่นหนังบริเวณมือหลุด ลอกภายหลังการรักษา วันที่ 6 ต่อมน้ำเหลืองที่คอ ยุบลง ไม่พบผื่นแดงตาม ร่างกาย

ปัญหาและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลทางการพยาบาล	การประเมินผลทางการพยาบาล
		2.4 สังเกตภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และให้คำแนะนำผู้ดูแลให้ดูแลสุขวิทยาด้านอื่นๆ เช่น เปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งที่มีผู้ป่วยปัสสาวะหรืออุจจาระ ทา Zine oxide cream ที่ก้นหากมีผื่นแดง		
ข้อวินิจฉัยที่ 5 มีโอกาสดังภาวะเนื้อเยื่อใน ร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากตัวนำออกซิเจน ลดลง (S): มารดาผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “ลูกตัวซีด หมอจะให้เลือด แม้มีประวัติซีดเหมือนกัน แต่ยังไม่เคยตรวจโรคธาลัสซีเมีย” (O) : Hematocrit วันที่ 7, 8, 10 กุมภาพันธ์ 2562 ลดลง 28%, 26%, 24% ตามลำดับ (ต่ำกว่าปกติ) ตรวจร่างกายพบเยื่อปอดซีด ESR 65 mm/hr. (สูงกว่าปกติ) MCV 76.4 fl. (ต่ำกว่าปกติ) Hb 8.4 g/dl (ต่ำกว่าปกติ)	เป้าหมาย เพื่อรักษาระดับความเข้มข้นของเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนจากการปัจจัยการนำออกซิเจนลดลง เกณฑ์การประเมินผล - ระดับ Hct 33-45% - ไม่มีภาวะ Cyanosis - ระดับ O₂ saturation อยู่ในช่วง 95-100% - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด - ได้แก่ อาการไข้ หนาวสั่น อาการแพ้เลือด	1. ประเมินภาวะซีดและประเมินสัญญาณชีพ 2. ตรวจสอบหมู่เลือดของผู้ให้และผู้รับให้ตรงกัน เตรียมอุปกรณ์ในการให้เลือดให้เหมาะสม 3. ให้เลือด PRC 30 cc vein ใน 2 ชั่วโมง และประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่ 4. รายงานแพทย์ถ้าผู้ป่วยเคยมีประวัติได้รับเลือดแล้วเกิดอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น มีลมพิษ เพื่อให้ยาแก้แพ้หรือยาลดไข้ป้องกันก่อนได้รับเลือด 5. สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น อาการไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก หากมีอาการผิดปกติใดๆ ให้หยุดเลือดให้เลือดทันทีแล้วรายงานให้แพทย์ทราบ 6. ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด Hct. หลังให้เลือด	ผู้ป่วยวัยเด็กอายุ 3 เดือน อายุเม็ดเลือดแดงประมาณ 90 – 100 วัน ในขณะที่มีภาวะการเจ็บป่วยจากการอักเสบของหลอดเลือดแดงขนาดกลาง โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงหัวใจ ซึ่งมีผลต่อเนื้อเยื่อชั้นต่างๆ ของผนังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดการสูญเสียโครงสร้างที่แข็งแรง กระบวนการอักเสบมีผลต่อการทำลายของเม็ดเลือดแดง ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงในร่างกายต่ำได้ (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์, 2557)	ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษา ระดับ Hct หลังให้เลือด 32% ไม่มีภาวะ Cyanosis ระดับ O₂ saturation อยู่ในช่วง 95-100%
ข้อวินิจฉัยที่ 6 บิดาและมารดาที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของบุตรที่เผชิญ	เป้าหมาย บิดาและมารดา มีความวิตกกังวลลดลงหรือไม่	1. ประเมินความรู้เดิม และอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงกลไกการดำเนินโรค อาการต่าง ๆ จะค่อยๆ ดีขึ้นเอง หายเป็นปกติได้ อาการลอกของ	การขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรคที่บุตรเผชิญอยู่ จะนำไปสู่ความกลัว ความกลัวจะนำไปสู่ความวิตกกังวล (Orem, 1995)	บิดาและมารดามีความรู้ความเข้าใจถึงการดำเนินโรค การรักษาของแพทย์

ปัญหาและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลทางการพยาบาล	การประเมินผลทางการพยาบาล
อยู่ (S): มารดาบอกว่า “สงสารลูก ยังไม่เข้าใจว่าโรคความดันคืออะไร” (O) : บิดา และมารดาผู้ป่วยซักถามอาการบ่อยครั้ง บิดาและมารดาสีหน้าวิตกกังวล	ความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล จากคำพูดที่แสดงว่าผู้ป่วยและบิดามารดามีความวิตกกังวลลดลง สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการรักษา	มือ ล้างแดง ผื่นคัน 2. เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถามในประเด็นที่สงสัย 3. ให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยกับบิดามารดา เป็นระยะ 4. ให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามทุกครั้งเมื่อติดตามเยี่ยม		และความวิตกกังวลลดลง

การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

จำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD ได้แก่ D: Disease ให้ความรู้เรื่องโรคควาซากิ สาเหตุ การดำเนินของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือหลอดเลือดหัวใจโป่งพอง ให้ผู้ป่วยครองสังเกตอาการแสดง เช่น มีไข้ ผื่นแดงตามริมฝีปาก ลิ้น ตาแดง หัวใจเต้นเร็ว M: Medication การรับประทานยา Aspirin และ Metronidazole รับประทานอย่างต่อเนื่องจนครบ 14 วัน E: Environment เมื่อกลับบ้าน แนะนำให้ผู้ปกครองดูแลความสะอาดภายในและภายนอกบ้านให้สะอาด ดูแลสุขวิทยาโดยทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยยังมีภูมิต้านทานโรคต่ำจากอาการแพ้ไข้ลดโอกาสการติดเชื้อในร่างกาย T: Treatment การสังเกตอาการหลอดเลือดหัวใจโป่งพองจากผล Echocardiography พบ Mild ectasia สังเกตการเต้นของหัวใจเร็ว H: Health การฟื้นฟูสภาพกาย การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย O: Outpatient แพทย์นัดติดตามอาการภายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ หากพบอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ และ D: Diet ให้นมวันละ 30 ออนซ์ โดยส่งเสริมให้ดื่มนมมารดาเพียงอย่างเดียว

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยทารก เพศชาย อายุ 3 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง มีน้ำมูกใส ร่วมกับถ่ายเหลว ผื่นแดงตามร่างกาย ก่อนมาโรงพยาบาล 5 วัน มารดาให้ประวัติว่าเคยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ด้วยอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก นอนรักษาตัวจำนวน 4 วัน แต่อาการไม่ทุเลา จึงขอมารักษาต่อโรงพยาบาลสุรินทร์ แพทย์เวรในรับรักษา (Admit) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5%DN/3 1000 ml iv. 20 ml/hr., CPM. 1.5 mg iv. Stat., Paracetamol syrup (120 mg) oral 2.5 ml ทุก 6 ชม., Atarax syrup oral 1.5 ml. Calamine lotion ทาผื่นแดง แพทย์วินิจฉัย Viral Infection ในระบบทางเดินอาหารจึงให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ให้ ORS ร่วมกับให้นม Lactose free ในขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้สูงตลอด พยาบาลเช็ดตัวลดไข้ให้ แต่ไข้ไม่ลง ในวันที่ 2 ของการรักษาผู้ป่วยมีลักษณะตาแห้ง อักเสบไม่มีขี้ตา มีอาการปาก ลิ้นแดง ต่อม้ำเหลืองที่คอโต ขนาด 1.5 ซม. แพทย์นึกถึง Kawasaki disease แพทย์ส่งตรวจ Specimen Collection ได้แก่ CBC, ESR, LFT, H/C, UA ผลตรวจพบว่า H/C ไม่พบเชื้อ Red Blood cell = $3.21 \times 10^6/\mu\text{L}$ (Low) Hemoglobin = 8.4 g/dl (Low) Hematocrit = 24.5% (Low) RDW-CV 15.1% (High) White blood cell = $11.7 \times 10^3/\mu\text{L}$ (High) ESR = 65 mm/hr. (High) ผล Liver Function test (LFT) Albumin 2.9 g/dl (Low) Globulin 2.3 g/dl (Low) UA = normal ผล Stool examination = not found ได้รับยาปฏิชีวนะ Metronidazole syrup (200 mg/5ml) 1.5 ml วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร Vitamin A 50,000 U. รับประทาน 2 วัน นมวัวชนิด lactose free ในขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีไข้สูงลอย ไข้ไม่ลดร่วมกับมีภาวะช็อค แพทย์ส่งตรวจ CBC พบ ค่า Hct. ลดลงจากวันที่ 7-8-10 กุมภาพันธ์ 2563 เป็น 28%, 26%, 23% ตามลำดับจึงให้ PRC 30 cc. vein in 3 hr. หลังให้เลือด Hct. 32% แพทย์ให้ Intravenous immunoglobulin (IVIG) 12.5 gm vein drip 3.5 ml/hr. x 30 นาที เพื่ออัตราการหยด 7 ml/hr. x 30 นาที, เพิ่มอัตราการหยด 14 ml/hr. x 30 นาที, เพิ่มอัตราการหยด 28 ml/hr. จนกระทั่งยาหมดร่วมกับให้ยาละลายลิ่มเลือด Aspirin (ASA) (300 mg) 4 ml รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร ไข้ลดลงอยู่ในระดับปกติ T = 37.4 องศาเซลเซียส เวลา 18.00 น. ภายหลังไข้ลดลงพบอาการปลายนิ้วมือลอก แพทย์ส่งทำ Echocardiogram ไม่พบความผิดปกติของหัวใจ ผู้ป่วยไข้ลดลง ไม่มีตาแดง ลิ้นแดงหรือผื่นแดงตามตัว ผู้ศึกษาติดตามให้การพยาบาล จำนวน 14 ครั้ง พบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 6 ข้อวินิจฉัยได้รับการ

แก้ไขตามข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ทั้งหมดทุกปัญหา ผู้ป่วยอาการทุเลาลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ การรักษาเป็นเวลา 7 วัน นับตั้งแต่วันที่ 7 - 13 กุมภาพันธ์ 2563 แพทย์นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ และให้ยา Aspirin และ Metronidazole รับประทานอย่างต่อเนื่องจนครบ 14 วัน

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การประเมินสุขภาพและการตรวจร่างกายของพยาบาลแรกรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่ม Complete Kawasaki disease เป็นสิ่งสำคัญที่สนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์เพื่อการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้แสดงอาการแรกเริ่มมีความคล้ายกับโรคติดเชื้อทั่วไป จากตัวอย่างกรณีศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยแสดงอาการที่ชัดเจนในวันที่ 7 ของไข้ แรกเริ่มมีไข้ ไม่มีปากแดง ลิ้นแดง และต่อมน้ำเหลืองโต มีผื่นแดงตามร่างกายร่วมกับอาการถ่ายเหลว ทำให้แพทย์วินิจฉัย Viral infection และ โรคหัด (Measles) เนื่องจากมีจุดแดงบริเวณกระพุ้งแก้มร่วมกับตาแห้ง แดง ตลอดการรักษาวันที่ 1 - 4 (วันที่ 6 ของไข้) ผู้ป่วยมีไข้สูง จนกระทั่งวันที่ 7 ของไข้ ผู้ป่วยแสดงอาการปากลิ้นแดง ลิ้นแดง ต่อมน้ำเหลืองโต มือเท้าบวม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่าการอักเสบในร่างกาย (ESR) สูง แพทย์จึงวินิจฉัย Kawasaki disease รักษาโดย IVIG และให้ยา ASA ภายหลังได้รับยาไข้ลดลง แต่ปรากฏอาการมือเท้าลอกเป็นขุย หลังจากนั้นแพทย์ส่งทำ Echocardiogram ผลพบการโป่งพองของหลอดเลือดหัวใจเล็กน้อย หากโรคนี้ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ จะมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การอักเสบของหลอดเลือดโคโรนารีซึ่งเป็นหลอดเลือดที่นำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อมีการอักเสบจะมีการโป่งพองและอุดตัน ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดภาวะหัวใจวายทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (ญาดา พันธุ์มีสุข, 2555) บทบาทพยาบาลจึงควรมีความรู้ถึงอาการและอาการแสดงของโรคคาวาซากิที่มีอาการไม่ครบตามเกณฑ์วินิจฉัย และการจัดการอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดจากการดำเนินของโรค เช่น ภาวะชักจากไข้สูง ภาวะอักเสบของเยื่อปอด ภาวะถ่ายเหลว การได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอ ตลอดจนให้ข้อมูลการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับให้ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กทราบเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามหลัก Family central care ภายหลังที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ควรเน้นย้ำผู้ปกครองเรื่องการรับประทานยา ASA และเฝ้าระวังภาวะข้างเคียงของยา ตลอดจนการมารับการตรวจตามนัด (follow up) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจที่อาจเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

- ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์. (2557). โรคหัวใจที่เกิดภายหลัง. ใน สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, อรุชา ตรีศิริโชค, ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์, โอบาร พรหมลิต, เกศรา อัศตมามงคล, และไพโรจน์ จงบุญญิตเจริญ(บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ 2*. (หน้า 1003-1031). กรุงเทพมหานคร: นพชัยการพิมพ์.
- ญาดา พันธุ์มีสุข และวรฤทัย สุขสิน. (2555). การพยาบาลเด็กโรคคาวาซากิที่ไม่เป็นไปตามปกติ (กรณีศึกษา). *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 24(2), 85-95.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2555). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 2*. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- มาลี วิทยาธรรัตน์, พัชร ใจการุณ.(2555). การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก. ใน พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา (บรรณาธิการ). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 1*. (หน้า 35-57).นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ

- สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
- รัฐพล ว่องวันดี. (2561). *โรคคาวาซากิ Kawasaki disease*. ใน ศุภะวรรณ อินทรขาว, จักรชัย จึงธีรพานิช, ผกาทิพย์ ศิลปะมงคลกุล, กิตติวรรณ โธเนียงนิตย, พชรพรรณ สุรพลชัย, ขนิษฐา คูศิริไธส, พรทิพา อิงคกุล (บรรณาธิการ), ตำรากุมารเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติ เล่ม 2. (หน้า 591-606). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรรณไพโร แยมณา และสุพัตรา นุตริภ. (2561). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: นิโอดิจิตอล.
- วัชร จามจุรีรักษ์, ชาลิพรพัฒน์กุล และจาดศรี ประจอบเหมาะ. (2555). *โรคคาวาซากิ Kawasaki disease*. ใน บุญชู ศิริจงกลทอง, กฤตย์วิกรม ดุรงค์พิศุขกุล, ชดชนก วิจารณ์, กัญญลักษณ์ วิเทศสนธิ, มนัส ปะนะมณฑา, อังคณา เก่งสกุล, สุภาพร ไรยมณี (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ*. (หน้า 307-343). กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส.
- วิชัย ประยูรวิวัฒน์. (2555). *เวชปฏิบัติทางโลหิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- สมบุญรณ์ จันทรสกุลพร, อรุชา ตรีศิริโชติ, ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์, โอบาร พรหมลิต, เกศรา อัศตตามงคล และไพโรจน์ จงบุญญติเจริญ. (2557). *กุมารเวชศาสตร์ 2* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: นพชัยการพิมพ์.
- สมพร สุนทราภา. (2561). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบประสาท*. ใน ศรีสมบุญรณ์ มุสิกสุคนธ์, พองคำ ติลกสกุลชัย, วิไลเลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เปื้องเวทย์, พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2*. (หน้า 925-931). กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์แอนด์พับลิชชิง.
- Mc.Crindle, B., Rowley, A., Newburger, J., Burns, J.C., Bolger, A., Gewitz, M., et al. (2017). *Diagnosis, treatment and long-term management of Kawasaki disease: A scientific statement for health professionals from the American Heart Association 2017* (pp 927-999). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Newburger, J. W., Takahashi, M., & Burns, J.C. (2016). Kawasaki disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(14), 1738-1749. doi: 10.1016/j.jacc.2015.12.073. PMID: 27056781.
- Orem DE. (1995). *Nursing concept of practice*. New York: Mcgrow Hill Book Company.
- Rodo. X., Curcoll, R., Robinson, M., Ballester, J., Burns, J.C., Cayan, D.R., et al. (2014). Tropospheric winds from northeastern China carry the etiologic agent of Kawasaki disease from its source to Japan. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(1), 7952-7957.
- Syndi Seinfeld, D., & Pellock, J. M. (2013). Recent Research on Febrile Seizures: A Review. *Journal of neurology & neurophysiology*, 4(165), 19519. <https://doi.org/10.4172/2155-9562.1000165>
- World Health Organization. (2013). *Implementing the new recommendation on the clinical management of diarrhea: guidelines for policy makers and program managers*. Geneva: WHO document production services.

ความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เสาวนีย์ ทรงประโคน, ประด.*

Received : September 27, 2020

Revised : May 15, 2021

Accepted : June 4, 2021

บทคัดย่อ

ความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสาเหตุความปวดจากหลากหลายสาเหตุ ได้แก่ จากสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้อฉวยโอกาส จากการรักษาที่ได้รับ และจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีแต่เป็นสาเหตุจากการดำเนินชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงที่หลากหลาย ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มมีอาการปวดจึงเป็นสิ่งบ่งบอกสำคัญที่แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีการกำเริบของโรคหรือมีติดเชื้อฉวยโอกาสได้ วัตถุประสงค์บทความวิชาการเพื่อทำความเข้าใจความปวดและความสำคัญของการประเมินความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งแบบรายงานด้วยตนเองและจากการสังเกตนำไปสู่การจัดการความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งแบบไม่ใช้ยาและแบบใช้ยาได้อย่างเหมาะสมส่งผลคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ: ความปวด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี; ผู้ให้การติดต่อ e-mail: saowanee@nurse.tu.ac.th

Pain in People Living with HIV

Saowanee Songprakon, Ph. D.^{*}

Abstract

People with HIV may be suffer from pain which have a variety of causes; causes that related with HIV including opportunistic infections, treatment, and not related HIV infection but from daily life. The signs and symptoms of HIV infected pain are variety that affect both physical and psychological functions. When people who living with HIV begin to experience pain, it is important indicate that severity of HIV infected prognosis and opportunistic infections. Therefore, an understanding of pain and pain assessment for persons who living with HIV are significance. The efficacy of both subjective and objective methods for pain assessment should be learned. Subsequently, pharmacologic and nonpharmacologic pain management are suitable applied for improve the better quality of life.

Keywords: Pain, People living with HIV

*

Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani; Corresponding Author e-mail: saowanee@nurse.tu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีลดลงในทุกประเทศทั่วโลก จากการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดการติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเผชิญกับความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ตลอดเวลา จากการศึกษาวิจัยในช่วงปี 2000 – 2020 มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงที่หลากหลายซึ่งมีผลต่อร่างกาย จิตใจ การทำหน้าที่ และเป็นอาการที่บ่งชี้ถึงการได้รับการรักษาที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (undertreated) (Addis, DeBerry, & Aggarwal, 2020) ปัจจุบันการติดตามผลลัพธ์การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสโดยการตรวจระดับเม็ดเลือดขาว Cluster of Differentiation 4 (Cluster of Differentiation 4 : CD4) และปริมาณไวรัสในกระแสเลือด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความปวดเป็นตัวสื่อบ่งบอกถึงระหว่างระดับภูมิคุ้มกันร่างกายและความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Merlin et al., 2014) เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มมีอาการปวดจึงเป็นสิ่งบ่งบอกสำคัญที่แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจเกิดการติดเชื้อที่รุนแรงได้ การดูแลเรื่องความปวดจึงเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ควรได้รับการประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความปวดเป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งมีอยู่ด้วยกันกับหรือคล้ายว่ามีอยู่ด้วยกันกับความเสียหายทางเนื้อเยื่อที่มีอยู่หรือที่อาจมีอยู่ (International Association for study of Pain [IASP], 2020) ความปวดจึงถือเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่สามารถบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพของบุคคลได้ เนื่องจากความปวดมีความซับซ้อนที่สัมพันธ์ทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และร่างกาย เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ผู้ที่ได้รับความปวดจะเป็นผู้ที่รู้ซึ่งถึงความปวดได้ดีที่สุด และมีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เพศ และประสบการณ์ที่มีอยู่ในครอบครัวหรือแม้แต่ในบุคคลคนเดียวกันแต่ระยะเวลาต่างกัน ความหมายของปวดก็ไม่เหมือนกัน ในช่วงมากกว่า 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการศึกษาองค์ความรู้เรื่องความปวดและการศึกษาองค์ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละพื้นที่ทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ด้วยมีเป้าหมายในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงให้ความสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (World Health Organization [WHO], 2011) ความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงหมายถึง ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องการกลยุทธ์หลากหลายวิธีในการจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้น และกลุ่มอาการปวดดังกล่าวส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง (Mikan, 2011) วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่ออธิบายลักษณะความปวดและปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดที่เหมาะสม

ลักษณะความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความปวดเป็นประสบการณ์ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกาย และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามระยะการดำเนินของโรค ความปวดจึงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการปวด (pain syndromes) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถสรุปสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เป็น 3 สาเหตุหลัก (Merlin et al., 2012; Madden, Parker, & Goodin, 2020) คือ 1) ความปวดที่มีสาเหตุโดยตรงจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง (pain related to HIV/AIDS or consequences of immunosuppression) ซึ่งพบได้ ร้อยละ 45 (Merlin et al., 2012) 2) ความปวดที่มีสาเหตุมาจากการรักษาที่ได้รับ (pain related to HIV/AIDS therapy) พบได้ร้อยละ 15 - 30 ซึ่งรวมทั้งเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้รับ

จากการรักษา (Merlin et al., 2012) และ 3) ความปวดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีหรือจากการรักษาที่ได้รับ (pain unrelated to AIDS) พบได้ ร้อยละ 25 – 40 (Merlin et al., 2012) ด้วยสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าวส่งผลต่อลักษณะของความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งความรุนแรงของความปวด ช่วงเวลาที่ปวด ตำแหน่งหรือบริเวณที่ปวด และความทุกข์ทรมานจากความปวดที่เกิดขึ้น

ลักษณะความปวด จากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถอธิบายลักษณะความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในลักษณะอาการแต่ละอาการของความปวด คือ ความรุนแรงของความปวด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายงานว่า มีอาการปวดที่เกิดขึ้นมีทั้งอาการปวดเกร็ง อาการคัน อาการปวดเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Nair et al., 2009) และมีความรุนแรงมาก (Robbins, Chaiklang, & Supparatpinyo, 2013) ความรุนแรงของอาการปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้นอยู่กับกลไกทางสรีรวิทยาของระบบประสาททำให้ความรุนแรงของอาการปวดมีความแตกต่างกัน ความปวดที่เกิดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 68 เกิดจาก nonciceptive pain โดยมีตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด และร้อยละ 32 เกิดจาก neuropathic pain ความปวดจากพยาธิสภาพของระบบประสาท โดยไม่มีตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด (Nair et al., 2009) ช่วงเวลาที่ปรากฏอาการปวด ความถี่ของการเกิดอาการปวด และระยะเวลาในการเกิดอาการปวด พบว่าช่วงเวลาที่ปรากฏอาการปวดไม่ชัดเจน (Gaughan et al., 2002; Norval, 2004) อาการปวดที่ประเมินจากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งความปวดเฉียบพลันที่มีอาการปวดในช่วง 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Nair et al., 2009; Serchuck et al., 2010; Merlin, et al., 2013; Robbins et al., 2013) และความปวดเรื้อรังที่มีอาการปวดมานานกว่า 3 เดือน (Serchuck et al., 2010; Lolekha et al., 2004; Serchuck et al., 2010; Robbins et al., 2013) ตำแหน่งหรือบริเวณที่ปวด จากพยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะในทุกระบบของร่างกาย ดังนั้นตำแหน่งหรือบริเวณที่มีอาการปวดจึงพบได้ในทุกตำแหน่งของร่างกาย ส่วนตำแหน่งหรือบริเวณที่พบว่าเกิดอาการปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ขาเข่า โข่งปาก ศีรษะ คอ ทรวงอก และบริเวณช่องท้อง (Serchuck et al., 2010; Lolekha et al., 2004; Norval, 2004; Nair et al., 2009) โดยที่ไม่สามารถคาดการณ์อาการปวดที่เกิดขึ้นได้ (Lawson et al., 2015) และร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการปวดมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีความต้องการการบรรเทาความปวด (Wahab, & Salami, 2011) ความทุกข์ทรมาน เป็นผลที่เกิดจากอาการปวดที่เกิดขึ้น และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Nair et al., 2009; Robbins et al., 2013) ความปวดมีผลต่อความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกายใน 3 มิติ คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลตนเอง และการทำกิจกรรมต่างๆ (Lolekha et al., 2004; Robbins et al., 2013) นอกจากนี้ยังพบว่า ความปวดมีผลรบกวนด้านอารมณ์ การนอนหลับ และการใช้ชีวิตอย่างปกติสุข (Robbins et al., 2013)

ดังนั้นความสำคัญของลักษณะความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความสอดคล้องกับสภาพจิตใจ ดังนั้นการทำความเข้าใจความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงไม่ได้มีความหมายเพื่อการดูแลรักษาด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเป็นการดูแลรักษาทั้งด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไปด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการปวดที่หลากหลาย องค์ความรู้เกี่ยวกับอาการและรูปแบบความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีช่วยบอกแนวทางการค้นหาสาเหตุ การรักษาและการพยากรณ์อาการทางคลินิกได้ เนื่องจากความปวดเป็นตัวชี้วัดสิ่งคุกคามชีวิตจากการติดเชื้อหรือจากปฏิกิริยาจากยาที่ใช้ในการรักษา เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มมีอาการปวดจึงเป็นสิ่งบ่งบอกที่สำคัญที่แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจเกิดการติดเชื้อที่รุนแรงได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านสรีระวิทยา และพยาธิสภาพของโรค ปัจจัยระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรค ปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรคที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีปัจจัยหลักที่สำคัญ คือพยาธิสภาพของโรค ความรุนแรงของโรคที่เป็นสาเหตุการเกิด ความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาการปวดที่เกิดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากผลโดยตรงจากเชื้อไวรัสเอชไอวีที่ทำลายระบบประสาทส่วนกลางและระบบส่วนปลาย เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย โดยวิธี Envelope glycoprotein เชื้อไวรัสเอชไอวีมีปุ่มยื่นออกมาโดยรอบเรียกว่า surface protein (gp120) การทำลายไกลโคโปรตีนที่ห่อหุ้มไวรัส โดยไวรัสอาศัย gp120 ในการจับกับ CD4 บนเซลล์เป้าหมายเพื่อเข้าสู่ภายในเซลล์จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บของเซลล์ประสาทและทำให้เกิดกระบวนการอักเสบ ดังนั้นกระบวนการอักเสบเป็นผลมาจากความเสื่อมของระบบประสาททำให้เกิดความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Addis et al., 2020)

ปัจจัยด้านระดับภูมิคุ้มกันร่างกาย ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ สถานะภูมิคุ้มกัน (immune status) ของร่างกายคือ ระดับ CD₄ T-cell count เป็นตัวกำหนดภูมิคุ้มกันของร่างกายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระดับ CD₄ T-cell count มีความสัมพันธ์กับความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับภูมิคุ้มกัน CD₄ T-cell count ต่ำเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งทำให้เกิดความปวดจากโรคติดเชื้อที่มีความรุนแรง (Gaughan et al., 2002; Richardson et al., 2009; Tsao, & Soto, 2009; Aouizerat et al., 2010) การศึกษาในเด็กติดเชื้อเอชไอวีก็เช่นเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่า เด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ความก้าวหน้าของโรคอยู่ในระยะปานกลาง (ระยะ B) ถึงรุนแรง (ระยะ C) มีอาการปวดมากกว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่แสดงอาการ (ระยะ N) หรือระยะเริ่มมีอาการแสดง (ระยะ A) (Lolekha et al., 2004) อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความแตกต่างกันในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับภูมิคุ้มกันร่างกาย และระยะการดำเนินของโรคแตกต่างกัน (Namisango et al., 2012; Del Borgo et al., 2001; Wahab & Salami, 2011) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Serchuck et al. (2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดความปวดกับระยะการดำเนินของโรคและระดับ CD₄ T-cell count ในเด็กติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 61 คน พบว่า ความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับระดับ CD₄ T-cell count เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ที่แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับภูมิคุ้มกัน CD₄ T-cell count เฉลี่ย 502 cell/mm³ รายงานว่ามีความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Merlin et al., 2012) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทุกๆระดับภูมิคุ้มกันควรได้รับการประเมินความปวดควบคู่ไปกับการติดตามระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย

ปัจจัยด้านการรักษา การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวดทั้งความปวดชนิดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในกลุ่ม Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) ที่มีพิษต่อระบบประสาท (toxic neuropathy) ได้แก่ยา Didanosine (ddI) พิษต่อกล้ามเนื้อ (Zidovudine myopathy) ของยา Zidovudine (AZT, ZDV) และพิษต่อปลายประสาททำให้เกิดปลายประสาทอักเสบ (Peripheral Neuropathy) ได้แก่ ยา Stavudine (d4T) (Merlin, et al., 2014) การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและยารักษาโรคมะเร็งในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ พิษของยา Vincristine (Vincristine induced neuropathy) และความปวดเฉียบพลันที่เกิดจากหัตถการต่างๆที่ได้รับในการรักษา เช่น การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การฉีดยา (Merlin et al., 2012)

ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ การวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีความเครียด มีความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีอาการและอาการแสดงที่ทำให้เกิดความปวดจะมีการเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การแสดงบทบาทหน้าที่ลดลง ความสามารถในการคิดช้าลง โดยไม่ต้องมีการบาดเจ็บทางร่างกาย (Rotheram -Borus, 2000; Lagana et al., 2002; Leserman et al., 2005; Richardson et al., 2009; Miaskowski et al., 2011; Sabin et al., 2018) ในการศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า เป็นกลุ่มที่มีความปวดและมีระดับความปวดที่รุนแรง (Keltner et al., 2012) จากการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านจิตใจ เช่น トラบาปจากสังคม การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความรุนแรง จึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีโอกาสเกิดความปวดได้โดยไม่มีการบาดเจ็บของร่างกายเช่นเดียวกับการศึกษาของ Merlin et al. (2012) ศึกษาการเกิดความปวด ความรุนแรงของความปวด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวด ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปัญหาด้านจิตใจ และเคยมีประสบการณ์ความปวดมาก่อน มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง

ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีหลากหลายมิติในการรับรู้และตอบสนองต่อความปวดที่มีเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคลที่ไม่ใช่เฉพาะความรู้สึกรู้สึกปวดทางด้านร่างกาย แต่เป็นการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดภายใต้อิทธิพลของความคิด ความเชื่อ อารมณ์ วัฒนธรรมของผู้ที่ประสบกับความปวด ในสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความอ่อนน้อมถ่อมตน มีความเกรงใจผู้อื่นการแสดงออกถึงความปวดจึงออกมาในรูปแบบของการอดทนต่อความปวด โดยมองว่า “การอดทนต่อความปวดเป็นสิ่งที่ควรกระทำ” (ทิพวัลย์ เรืองฤทธิ์ และวัชริน สินธวานนท์, 2561) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ พบว่า เชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับความปวด เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของสังคม วัฒนธรรม การเลี้ยงดู ที่แตกต่างกันมีผลต่อการแสดงความรู้สึกของตนเอง (Addis et al., 2020) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลุ่มที่ต้องเข้ารับการรักษานานเป็นเวลายาวนาน ร่วมกับวัฒนธรรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปกปิดไม่เปิดเผยตนเองต่อผู้อื่น ร่วมกับที่ต้องเข้ารับการรักษานานเป็นระยะเวลานาน จึงเกิดความรู้สึกที่ต้องอดทนต่อการเจ็บป่วยของตนเอง กล่าวหาความปวดที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งบ่งบอกว่า ตนเองเกิดโรคแทรกซ้อนหรือโรคมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Merlin et al., 2014)

ผลกระทบของความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญทางคลินิกที่ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน (Merlin et al., 2012) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความปวดมีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันคือ ความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบต่อความปวดของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตไม่สมบูรณ์ เช่น รบกวนการทำงาน รบกวนการนอนหลับ ซึ่งมีผลการศึกษาที่สนับสนุนว่า เด็กติดเชื้อเอชไอวีต้องตื่นขึ้นมาในตอนดึกเนื่องจากมีอาการปวดจนไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ และความปวดมีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทั้งการเดิน วิ่ง หรือแม้กระทั่งการกลืนอาหารและน้ำ (Namisango et al., 2012; Lolekha et al., 2004) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความหวาดกลัว เด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์ความปวดจะเกิดความกลัวว่าตนเองจะเจ็บป่วยและความเจ็บป่วยมักมีความรุนแรง (Lolekha et al., 2004) เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน (mild and body connection) (Merlin et al., 2012) อาการทางกายที่บุคคลประสบอยู่ส่งผลต่อภาวะทางจิต ภาวะทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังคือ ความวิตกกังวล ซึ่งถือเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเครียด โดยความเครียดส่งผลต่อร่างกายคือ ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนพริน นอร์อิพิเนพริน และอะดรีนคอร์ติโค

โทรฟิก สู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งอะดรีนอร์ติโคโทรฟิกจะกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน และคอร์ติซอล และยังกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ออกมามากกว่าปกติ ทำให้เกิดการยับยั้งการสร้างแอนติบอดีในร่างกายทำให้ร่างกายมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และทำให้การดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีความรุนแรง (Merlin et al., 2013)

ความปวดจึงเป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงว่า บุคคลยังคงมีความเจ็บป่วย และบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค จากประสบการณ์ความปวดในผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรับรู้ได้ว่า ความปวดมีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคที่เลวลง (Merlin et al., 2014) การรับรู้ความปวดได้รับอิทธิพลจากอาการทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ซึ่งแต่ละคนมีแตกต่างกันไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางคนผ่านประสบการณ์ความปวดมากมาย บางคนมีประสบการณ์เพียงเล็กน้อย หรือบางคนไม่เคยมีประสบการณ์ความปวดเลยก็เป็นได้ (Lawson et al., 2015)

การประเมินความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความปวดเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลซึ่งยากต่อการสื่อความหมายให้ชัดเจนและครอบคลุม การประเมินความปวดโดยการรายงานความปวดด้วยตนเอง (self-report) จึงนำมาใช้ในการประเมินความปวดของแต่ละบุคคล ดังที่กล่าวมาแล้วว่าความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีประกอบด้วยหลากหลายมิติ ดังนั้นการประเมินความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการประเมินให้ครอบคลุมมิติที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การประเมินเชิงปริมาณด้วยการบอกความรุนแรงของความปวดด้วยตนเองโดยใช้มาตราวัดความปวดแบบตัวเลข (numerical rating) ตั้งแต่ 0 ถึง 10 (0 คือไม่มีอาการปวด และ 10 คือ ปวดมากที่สุด) ให้บอกถึงตัวเลขที่แสดงถึงความปวดที่มีในขณะที่ประเมิน ในส่วนการประเมินความปวดเชิงคุณภาพโดยการประเมินลักษณะความปวดที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปวดแสบ ปวดร้อน ปวดเหมือนมีของแหลมทิ่มแทง ปวดเหมือนถูกกระแทก เป็นต้น

นอกจากประเมินความรุนแรงและลักษณะของความปวดดังกล่าวแล้ว การประเมินความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวียังต้องประเมินมิติด้านการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ที่มีสาเหตุจากความปวด โดยประเมินจากรายงานด้วยตนเอง การสังเกตพฤติกรรมความเครียด และการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย (Sabin et al., 2018) เช่น รบกวนการนอนหลับ การรับรสอาหารลดลง ความจำลดลง ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) และการเปลี่ยนแปลงการรู้คิด (cognitive change) (Roger et al., 2020)

การจัดการความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (Infectious Diseases Society of America) มีแนวทางการจัดการความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ออกเป็น 2 แนวทาง (Bruce et al., 2017) คือ การจัดการความปวดแบบใช้ยา และการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ดังรายละเอียด

1) การจัดการความปวดแบบใช้ยา แบ่งออกเป็นการใช้ยาในกลุ่ม Nonopioid ได้แก่ การใช้ยาgabapentin เป็นยาสูตรแรกที่แนะนำให้เลือกใช้ในการจัดการความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งช่วยลดความปวดจากเส้นประสาทถูกทำลาย (neuropathic pain) มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการใช้ยาทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนอนหลับได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น โดยสามารถใช้ร่วมกับยาด้านเศร้า (antidepressants) ได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตอบสนองต่อยาgabapentinเพียงอย่างเดียว ยาชนิดที่สองคือยาทาแคปไซซิน(capsaicin) รูปแบบโลชั่นหรือครีมทาบริเวณที่ปวด ลดความปวดจากปลายประสาทอักเสบ(peripheral neuropathic pain) และยาในกลุ่ม Opioid ซึ่งเป็นยาแนะนำให้เลือกใช้เป็นยาสูตรสองสำหรับการจัดการความปวดเรื้อรังในระยะยาว

2) การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา มีข้อเสนอแนวทางการดูแลสุขภาพทางเลือกที่ให้ความสำคัญกับศักยภาพของจิตใจที่มีผลต่อร่างกาย (mind-body intervention) มาใช้ในการจัดการความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังข้อเสนอของสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (Bruce et al., 2017) ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) เทคนิคการบำบัดอาการปวดเรื้อรังมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าใจ ยอมรับและตอบสนองเชิงบวกต่อความปวดที่เกิดขึ้น การทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด (physical and occupational therapy) เพื่อส่งเสริมให้สามารถคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพที่มี การสะกดจิต (hypnosis) สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความปวดจากเส้นประสาทถูกทำลาย และการแพทย์แผนจีน ได้แก่ การฝังเข็ม (acupuncture) เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการปวดเรื้อรัง (Mello & Gravel, 2017)

บทสรุป

ความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการดำเนินของโรค การติดเชื้อฉวยโอกาส และการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลายาวนานโดยเฉพาะในกลุ่มยา NRTIs ที่มีผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โดยการอธิบายเรื่องความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความแตกต่างกันตามปัจจัยด้านบุคคล พยาธิสภาพของโรค และยาต้านไวรัสที่ได้รับ การทำความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะนำไปสู่การจัดการความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเหมาะสมทั้งแบบไม่ใช้ยาและแบบใช้ยา ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี พยาบาลจึงควรมีการทบทวนความรู้และพัฒนาตนเองในเรื่องความไวต่อการอธิบายความปวดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะนำไปสู่การนำข้อมูลความปวดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อตัดสินใจให้การบรรเทาความปวดร่วมกับทีมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- ทิพวัลย์ เรืองฤทธิ์ และวัชริน สีนธวานนท์. (2561). มุมมองต่อความปวดของผู้ป่วยไทยที่ปวดเรื้อรัง. *วิทย์ญ์สาร*, 44(3), 127 – 135.
- Addis, D. R., DeBerry, J. J., & Aggarwal, S. (2020). Chronic Pain in HIV. *Molecular Pain*, 16, 1 – 11.
- Aouizerat, B. E., Miaskowski, C. A., Gay, C., Portillo, C. J., Coggins, T., & Davis, H., ... Lee, K. A. (2010). Risk factors and symptoms associated with pain in HIV-infected adults, *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(2), 125 – 133.
- Bruce, R. D., Merlin, J., Lum, P. J., Ahmed, E., Alexander, C., Corbett, A. H., ... Selwyn, P. (2017). 2017 HIVMA of IDSA clinical practice guideline for the management of chronic pain in patients living with HIV. *Clinical Infectious Diseases*, 65 (15), e1 – e37.
- Del Borgo, C., Izzi, I., Chiarotti, F., Del Forno, A., Moscati, A.M., Cornacchione, E., & Fantoni, M. (2001). Multidimensional aspects of pain in HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care STDS*, 15 (2), 95-102.
- Gaughan, D. M., Hughes, M. D., Seage, G. R., 3rd, Selwyn, P. A., Carey, V. J., Gortmaker, S. L., & Oleske, J. M. (2002). The prevalence of pain in pediatric human immunodeficiency

- virus/ acquired immunodeficiency syndrome as reported by participants in the pediatric late outcome study (PACTG 219). *PEDIATRICS*, 109 (6), 1144-1152.
- International Association for study of Pain. (2020). *Revised definition of pain translations* (2020). Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.html>
- Keltner, J. R., Vaida, F., Ellis, R. J., Moeller-Bertram, T., Fitzsimmons, C., & Duarte, N. A., ... Grant, I. (2012). Health-Related Quality of Life 'Well-Being' in HIV Distal Neuropathic Pain is More Strongly Associated with Depression Severity than with Pain Intensity. *Psychosomatics*, 53(4), 380 - 386.
- Lagana, L., Chen, X. H., Koopman, C., Classen, C., Kimerling, R., & Spiegel, D. (2002). Depressive symptomatology in relation to emotional control and chronic pain in persons who are HIV positive. *Rehabilitation Psychology*, 47(4), 402 – 414.
- Lawson, E., Sabin, C., Perry, N., Richardson, D., Gilleece, Y., Churchill, D.,... Walker-Bone, K. (2015). Is HIV Painful? An Epidemiologic Study of the Prevalence and Risk Factors for Pain in HIV-infected Patients. *The Clinical Journal of Pain*, 31(9), 813 – 819.
- Leserman, J., Whetten, K., Lowe, K., Stangl, D., Swartz, M. S., & Thielman, N. M. (2005). How trauma, recent stressful events, and PTSD affect functional health status and health utilization in HIV-infected patients in the south. *Psychosomatic Medicine*, 67(3), 500-507.
- Lolekha, R., Chanthavanich, P., Limkittikul, K., Luangxay, K., Chotpitayasunodh, T., & Newman, C. J. (2004). Pain: A common symptom in human immunodeficiency virus-infected Thai children. *ACTA PAEDIATR*, 93, 891-898.
- Madden, V.J., Parker, R., & Goodin, B.R. (2020). Chronic pain in people with HIV: a common comorbidity and threat to quality of life. *Pain management*, 10(4), 253-260.
- Mello, A., & Gravel, T. (2017). HIV pain management challenges and alternative therapies. *Nursing*, 47(4), 67-70.
- Merlin, J. S., Cen, L., Praestgaard, A., Turner, M., Obando, A., Alpert, C., ... Frank, I. (2012). Pain and Physical and Psychological Symptoms in Ambulatory HIV Patients in the Current Treatment Era. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43 (30), 638-645.
- Merlin, J. S., Westfall, A. O., Chamot, E., Overton, E. T., Willing, J. H., Ritchie, C., ... Mugavero, M. J. (2013). Pain is independently associated with impaired physical function in HIV-infected patients. *Pain Medicine*, 14 (12), 1985-1993.
- Merlin, J. S., Zinski, A., Norton, W. E., Ritchie, C. S., Saag, M. S., Mgavero, M. J., Hooten, W. M. (2014). A conceptual framework for understanding chronic pain in patients with HIV. *Pain Practice*, 14(3), 207 – 216.
- Miaskowski, C., Penko, J. M., Guzman, D., Mattson, J. E., Bangsberg, D. R., & Kushel, M. B. (2011). Occurrence and characteristics of chronic pain in a community-based cohort of indigent adults living with HIV infection. *The Journal of Pain*, 12(9), 1004 – 1016.

- Mikan, S. Q. (2011). *Pain management experiences in adults living with HIV/AIDS*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin, Texas.
- Nair, S. N., Mary, T. R., Prarthana, S. & Harrison, P. (2009). Prevalence of pain in patients with HIV/AIDS: A cross-sectional survey in a South Indian State. *Indian Journal of Palliative Care*, 15 (1), 67-70.
- Namisango, E., Harding, R., Atuhaire, L., Ddungu, H., Katabira, E., Muwanika, F. R., & Powell, R. A. (2012). Pain among ambulatory HIV/AIDS patients: multicenter study of prevalence, intensity, associated factors, and effect. *The journal of pain*, 13(7), 704–713.
- Norval, D. A. (2004). Symptom and sites of pain experience by AIDS patients. *South African Medical Journal*, 94(6), 450-454.
- Richardson, J. L., Heikes, B., Karim, R., Weber, K., Anastos, K., & Young, M. (2009). Experience of pain among women with advanced HIV disease. *AIDS Patient Care and STDs*, 23 (7), 503-511.
- Robbins, N. M., Chaiklang, K., & Supparatpinyo, K. (2013). Undertreatment of pain in HIV+ adults in Thailand. *Journal of Pain and Management*, 45 (6), 1061 – 1072.
- Rogers, A. H., Bakhshaie, J., Horenstein, A., Brand, C. P., Heimberg, R. G., & Zvolensky, M. J. (2020). Emotion dysregulation in the experience of pain among persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 32(1), 57-64.
- Rotheram-Borus, M.J. (2000). Variations in perceived pain associated with emotional distress and social identity in AIDS. *AIDS Patient Care STDs*, 14 (12), 659-65.
- Sabin, C.A., Harding, R., Bagkeris, E., Nkhoma, K., Post, F.A., Sachikonye, M., ... Winston, A. (2018). Pain in people living with HIV and its association with healthcare resource use, wellbeing, and functional status. *AIDS*, 32(18), 2697-2706.
- Serchuck, L. K., Williams, P. L., Nachman, S., Gadow, K. D., Chernoff, M., & Schwartz, L. (2010). Prevalence of pain and association with psychiatric symptom severity in perinatally HIV-infected children as compared to controls living in HIV-affected households. *AIDS Care*, 22 (5), 640-648.
- Tsao, J. C., & Soto, T. (2009). Pain in persons living with HIV and comorbid psychological and substance use disorders. *Clinical Journal of Pain*, 24(4), 307 – 312.
- Wahab, K. W., & Salami, A. K. (2011). Pain as symptom in patients living with HIV/AIDS seen at the outpatient clinic of a Nigerian tertiary hospital. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 10(1), 35 – 39.
- World Health Organization (WHO). (2011). *World Health Statistics 2011*. Geneva, Switzerland.

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กำหนดตีพิมพ์วารสารราย 6 เดือน (2 ฉบับต่อปี) ยินดีรับบทความวิชาการ หรือรายงานผลการวิจัย 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 เป็นบทความที่เขียนขึ้นโดยมีการวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการโดยมีการสำรวจวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ หัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ส่วนนำหรือบทนำ (การนำความที่แสดงเหตุผลหรือที่มีของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์) 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 งานวิจัยจะทำได้ และเพื่อวัตถุประสงค์อะไร

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

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

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

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion) อภิปรายและอ้างอิงให้เห็นว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่ในส่วนใด และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากผลการดำเนินงานให้เห็นเป็นรูปธรรม ควรบอกข้อจำกัดของงานวิจัยในครั้งนี้และระมัดระวังการเขียนรายละเอียดหรือแสดงความหมายของข้อมูลซ้ำกับส่วนของผลการวิจัย

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” เมื่อใส่ผู้แต่งชาวต่างชาตินอกวงเล็บ แต่ให้ใช้เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งไว้ในวงเล็บ

3) ผู้แต่ง 3 – 5 คน การอ้างอิงครั้งแรกให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน โดยคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และให้ใส่คำว่า “และ” ก่อนใส่ชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย ส่วนชาวต่างชาติให้ใส่คำว่า “and” เมื่อใส่ผู้แต่งนอกวงเล็บ และให้ใส่เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งในวงเล็บ เช่น นรากร สาริแท้, พิชัย กันทะชัย, ปรีชญา แก้วแก่น และยุทธนา 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, หน้าปรากฏในบทความ). สถานที่พิมพ์ : ผู้จัดพิมพ์.

เช่น

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

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 บอร์โทคและรัสตอมจิ, เอ็มเค. (2536). การบริหารยุคใหม่. แปลจาก Realities In management. (เร็กซ์คีย์ ปานเจริญ, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.

3.2.4 วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่วิจัยสำเร็จ). ชื่อวิทยานิพนธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา (ระดับ) ชื่อสาขาวิชา, สังกัดของสาขาวิชา, 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

อรุณจันทวานิช. (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 สุรินทร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

- 1) อาจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ E-mail : howharn@gmail.com
- 2) อาจารย์สาคร สอนดี E-mail : sakorn@bcnsurin.ac.th
- 3) กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail : journalrachawadee@gmail.com
- 4) 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 ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาในฉบับต่อไป

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 ฐานันต์ค่าตีพิมพ์บทความ จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

ที่อยู่ในการติดต่อ/สถานที่ทำงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-Mail.....

มีความประสงค์ขอส่งบทความ เรื่อง :

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และยินดี
ปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนดข้าพเจ้าทราบว่าบทความดังกล่าวเป็นลิขสิทธิ์ของ
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

ฐานันต์ค่าตีพิมพ์บทความ

กรุณาระบุการส่งจ่ายที่ ปณ.จุมพล 32001

ในนาม บรรณาธิการราชวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เอกลักษณ์และอัตลักษณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เอกลักษณ์

“สร้างคนจากชุมชน เพื่อตอบสนองระบบสุขภาพชุมชน”

อัตลักษณ์ที่ต

“การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์”