



# JOHSS วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

---

## **Journal of Health Sciences Scholarship**

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2563

Vol. 7 No.2, July – December 2020

ISSN: 1906-1919 ( Print )

ISSN: 2697-6412 ( Online )

# วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

## Journal of Health Sciences Scholarship



### เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ: ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม  
ผู้ช่วยบรรณาธิการ: ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ

### ที่ปรึกษาวารสารวิชาการ

ศ. เชี่ยวชาญพิเศษ ดร.สัญญา จุตรสิทธิ  
ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิจารณ์ระเดช  
ผอ. วาสนา มั่งคั่ง

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

### กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิจารณ์ระเดช  
รศ.ดร.เดชา ทำดี  
ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข  
ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล  
ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ  
ดร.มยุรฉัตร กันยะมี  
ดร.พัฒนา นาคทอง  
ดร.พิทยา ศรีเมือง  
ดร.มธุรดา บรรจงการ  
ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน  
ดร.เอกรัตน์ ปิ่นประภาพันธ์  
ดร.ธีรรัตน์ บุญฤกษ์  
ดร. อัจฉรา สิทธิรักษ์  
ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ  
ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย วิทยาเขตนครสวรรค์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)  
มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครเชียงใหม่  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง



### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุขในเชิงนโยบาย การบริหาร การศึกษา และการพัฒนา ที่เป็นประโยชน์ผ่านบทความวิชาการและผลงานวิจัย
2. เพื่อเป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับสมาชิกทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างนักวิชาการที่ต่อยอดเป็นองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
4. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ทางวิชาการ และการติดต่อสัมพันธ์ของนักวิชาการในเชิงสุขภาพ

### สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง 268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000  
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141 โทรสาร 054-225-020  
Email: journalbcnlp@gmail.com

### กำหนดออกวารสาร: ราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม-มิถุนายน  
กรกฎาคม-ธันวาคม

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ  
ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ อย่างน้อย 2 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ  
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น  
ทางสถาบันผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ไม่มีข้อผูกพันประการใด ๆ และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด



## สารบัญ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ○ ผลการพัฒนาสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเทศบาลเมืองต้นเปา จังหวัดเชียงใหม่<br>ปรีชญา ตาใจ, จงรัก ลิ้มสุวรรณ, แพรพรรณ ศรีรักษ์, ชาย ถนอมสัตย์, ภิญญาพัชญ์ มัฆวาน                                                                                                                                                                  | 1   |
| ○ การพัฒนาและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย<br>ส่วนล่างของร่างกาย<br>ศุภวรรณ พิมพ์พยอม                                                                                                                                                                                                                    | 13  |
| ○ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในระบบทางเดินปัสสาวะที่มารับบริการที่โรงพยาบาล<br>สมุทรสาคร<br>รุ่งระวี สีนลา                                                                                                                                                                                                                 | 32  |
| ○ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา<br>เอกพันธ์ คำภีระ, อัมพร ยานะ, อรัญญา นามวงศ์                                                                                                                                                                                                        | 44  |
| ○ การศึกษาปัญหา ความต้องการและพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัด<br>ลำปาง<br>รุ่งกาญจน์ วุฒิ, ปานจันทร์ อิ่มหน้า, ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง, ปาริชาติ ตูลาพันธุ์,<br>ปวีณา สุรินทร์ประทีป, กนกอร ปัญญาโส                                                                                                                    | 58  |
| ○ การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนเรื่องกระบวนการพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์กรณีศึกษา<br>และสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยต่อความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาหลักสูตร<br>พยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่<br>ณัฐชญาดา ราชวัง, ปวีณา ยศสุรินทร์, พัทธวีภา ต้นเจริญ, ทวี เรืองโถม, พรรณนิภา ต่อมดวงแก้ว | 76  |
| ○ แรงงานทางอารมณ์ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน<br>มธุรดา บรรจงการ, ธัญสินี พรหมประดิษฐ์                                                                                                                                                                                                                                | 91  |
| ○ การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย<br>เรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์และนักศึกษาเภสัชศาสตร์<br>สายฝน สฤณดิกุล, ปลื้มจิต โชติกะ และ ณิชชา ทิพย์วรรณ                                                                                                         | 101 |
| ○ ปัจจัยทำนายองค์ประกอบของร่างกายของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง<br>วนิดา อินทราชา, พยอม ถิ่นอ่อน, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภักทรางกูร, กัญญณพัชญ์ ศรีทอง, เกสร มณีวรรณ                                                                                                                                                                | 113 |
| ○ การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในหอผู้ป่วย<br>สุมิตรา วิชา                                                                                                                                                                                                                                                   | 131 |



## สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือปีที่ 7 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2563 ฉบับนี้ ทางวารสารยังคงคุณภาพทั้งในเรื่องเนื้อหาและสาระทางวิชาการทางด้านสุขภาพเช่นเดิม โดยได้รับความสนใจจากนักวิจัยภายนอกองค์กรที่ต้องการเผยแพร่ผลงานวิชาการส่งเข้ามาตีพิมพ์จากหลากหลายหน่วยงาน และทางวารสารยังคงมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่องเพื่อเข้าสู่การรับรองคุณภาพวารสารในฐาน 1 ของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยต่อไปภายในต้นปี 2565

สำหรับบทความในฉบับมีประเด็นของผลงานใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ประเด็นผู้สูงอายุ การดูแลในคลินิกและการศึกษา โดยประเด็นผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเรื่อง ผลการพัฒนาสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเทศบาลเมืองดงเปา จังหวัดเชียงใหม่ ที่เน้นกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะทางกายและจิตผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ที่เน้นผู้ให้บริการควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ปัจจัยทำนวยอดประกอบของร่างกายของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง ที่ผู้อ่านสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ประเด็นถัดมาคือ ประเด็นการดูแลในคลินิก ประกอบด้วยเรื่อง การพัฒนาและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกาย เพื่อใช้เป็นเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างที่มีความน่าเชื่อถือที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในระบบทางเดินปัสสาวะที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่ควรส่งเสริมความรู้ให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจ รวมถึงเรื่องการศึกษาปัญหา ความต้องการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดลำปาง ที่จะใช้เป็นข้อมูลส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลได้ตรงกับผู้รับบริการอย่างชัดเจน

ประเด็นสุดท้ายคือ การศึกษา ประกอบด้วยเรื่อง การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนเรื่องกระบวนการพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์กรณีศึกษาและสถานการณ์จริงบนห่อผู้ป่วยต่อความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่เน้นการจัดการเรียนการสอนแบบการวิเคราะห์กรณีศึกษา และฝึกการใช้กระบวนการพยาบาลในสถานการณ์จริงในห่อผู้ป่วย การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์และนักศึกษาเภสัชศาสตร์ ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพที่ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมและการมีภาวะผู้นำ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในห่อผู้ป่วย โดยการจัดการเรียนการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่ควรมีวิธีการสอนที่หลากหลายเหมาะสมกับความสามารถของนักศึกษาแต่ละชั้นปีเพื่อการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมบูรณ์แบบต่อไปในอนาคต

ขอเชิญสมาชิกทุกท่านสัมผัสกับงานวิจัยที่มีคุณค่าทั้ง 10 บทความในฉบับแล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าครับผม

ดร. ยงยุทธ แก้วเต็ม  
บรรณาธิการ





## Results of Participatory Action Research on Health Development to Elderly in Tonpao Municipality, Chiang Mai Province

Preechaya Tajai,<sup>\*</sup> Jongrak Limsuwan,<sup>\*\*</sup> Phraewphan Sriruk<sup>\*\*</sup>  
Chai Thanomsat,<sup>\*\*\*</sup> Pinyapat Makawan<sup>\*\*\*</sup>

(Received: March 18, 2020, Revised: April 22, 2020, Accepted: June 1, 2020)

### Abstract

Tonpao Municipality, Chiang Mai is entering into an aging society with a proportion of the proportion of aging population by 16.8 percent and 9.3 percent of those are dependency with chronic diseases. Meanwhile, the municipality is still lack of information related to mental health assessment in older persons. The objective of this study was to compare holistic health before and after receiving the intervention to promote physical and mental health based on the concept of participatory action research (PAR). The research samples were 351 older persons and the research instrument consisted of 1) the activities for developing physical and mental well-being in accordance with the actual demand of the community that passed community agreement and community participation and 2) a holistic health assessment form divided into 2 parts as a physical health assessment form based on the assessment of activity of daily living ability (ADL) and mental health assessment (9Q). The Cronbach's alpha reliability coefficient of the questionnaire was 0.81. The results showed the mean age was 70 years (SD = 8). The most common chronic disease was hypertension (50.5%). Most of the participants had good physical health status. Most of them (96.3%) demonstrated high ability to perform basic activities of daily living. After the intervention, ADL score significantly increased ( $p = .01$ ). Moreover, 9Q score was also significantly decreased ( $p \leq .05$ ) after the intervention given.

In conclusion, most of the participants living in Tonpao Municipality, Chiang Mai had a good holistic health including physical and mental well-being. The intervention with community participation indicates a potential activities to improve holistic health of the elderly.

**Keywords:** Physical and mental health development; Elderly; Participatory action research

<sup>\*</sup> Lecturer, Faculty of Pharmacy, Payap University, Chiang Mai

<sup>\*\*</sup> Undergraduate student, Faculty of Pharmacy, Payap University, Chiang Mai

<sup>\*\*\*</sup> Tonpao Municipality, San Kamphaeng, Chiang Mai



## ผลการพัฒนาสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเทศบาลเมืองต้นเปา จังหวัดเชียงใหม่

ปรีชญา ตาใจ,\* จงรัก ลิ้มสุวรรณ,\*\* แพรพรรณ ศรีรักษ์\*\*\*

ชาย ถนอมสัตย์,\*\*\* ภิญญาพัชญ์ มัชฌาน\*\*\*

(วันรับบทความ : 18 มีนาคม 2563., วันแก้ไขบทความ : 22 เมษายน 2563, วันตอบรับบทความ : 1 มิถุนายน 2563)

### บทคัดย่อ

เทศบาลเมืองต้นเปา จังหวัดเชียงใหม่ กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยร้อยละ 16.8 ของประชากรเป็นผู้สูงอายุ และร้อยละ 9.3 อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมด้วย การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนยังขาดข้อมูลการประเมินสถานะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพและสวัสดิการต่าง ๆ ยังไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะแบบองค์รวมก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางกายและจิตใจที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 351 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม และแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q การตรวจสอบความเชื่อมั่นได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสถิติพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70 ปี (SD = 8) ร้อยละ 50.5 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง สุขภาวะแบบองค์รวมส่วนใหญ่มีสมรรถนะทางกายอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 96.3 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน หลังจากทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยการคัดกรองระดับโรคซึมเศร้าหลังจากทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ต่ำกว่าก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05

ผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองต้นเปา อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ ส่วนใหญ่มีสุขภาวะองค์รวมอยู่ในเกณฑ์ที่ดีที่สำคัญ คือ กิจกรรมพัฒนาสุขภาพทางกายและจิตผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลในการพัฒนาสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** การพัฒนาสุขภาวะองค์รวม; ผู้สูงอายุ; การมีส่วนร่วมของชุมชน

\* อาจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ จ.เชียงใหม่

\*\* นักศึกษาปริญญาตรี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ จ.เชียงใหม่

\*\*\* เทศบาลเมืองต้นเปา จ.เชียงใหม่



## บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยปัจจุบันมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 16.7 คาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ.2564 โดยจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 (National Statistical Office Thailand, 2017) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคต่อคน ซึ่งความเจ็บป่วยทางกายส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจได้ การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย และจิตใจไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เนื่องจากความสามารถทางกายในการทำกิจกรรมที่ลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจลดลง (National Statistical Office Thailand, 2012; Tongdee et al., 2012; Klinwichit et al., 2015) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง และโรคข้อ ปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย ได้แก่ ด้านการมองเห็น และการขับถ่าย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้เองและมีสุขภาพจิตในระดับดี (Petchprapai, 2015) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และมีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย โดยความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (Klinwichit et al., 2015; Boontoch & Nuntaboot, 2017) ประเทศไทยยังมีช่องว่างด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรและการพัฒนาระบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย เช่น ข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุวัยปลายมีอัตราการมีโรคประจำตัวสูงขึ้น ทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 34.3 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ด้านสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่ต้องอยู่เพียงลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วและมีเวลาในการเตรียมการน้อยกว่าประเทศพัฒนาแล้วที่เข้าสู่สังคมสูงวัย ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญผลกระทบต่าง ๆ จากสังคมผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ปัญหาความต้องการการพึ่งพาจากครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้นทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจและเศรษฐกิจ (National Statistical Office Thailand, 2017) จากรายงานประจำปีสถานการณ์ประชากรไทยประจำปี พ.ศ.2560 พบว่าอัตราการพึ่งพิงซึ่งจะหมายถึง ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระประชากรสูงอายุและวัยเด็ก 51 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 64 คนในปี พ.ศ.2570 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการที่คนในวัยแรงงานจะมีการะในการที่ต้องให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีการคาดการณ์ว่าระหว่างปี พ.ศ.2560-2573 อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนลดลงอย่างรวดเร็วจนอยู่ในระดับที่น่ากังวล (Department of Older Persons, 2015)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ว่าหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (National Health Act, B.E. 2550) และเมื่อพิจารณาถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุของไทยจะพบว่านอกเหนือจากปัญหาสุขภาพทางกายที่ประสบอยู่ ยังพบปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะความเครียด และภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโดยการยกระดับสุขภาพทางกาย และทางจิต ตลอดจนสร้างคุณค่าและการยอมรับผู้สูงอายุในสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงตนอยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่า (Sangthong, 2015)

เทศบาลเมืองต้นเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่มีผู้สูงอายุ 2,817 คน คิดเป็นร้อยละ 16.8 ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูลด้านประชากร ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2559) ในการประเมิน Barthel's Activities of Daily Living: ADL ในผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิง 34 ราย และอยู่ในภาวะติดเตียง/ติดบ้าน จำนวน 227 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาการเป็นโรคเรื้อรัง





ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้จากการสำรวจของเทศบาลเมืองตันเปาพบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพและสวัสดิการต่าง ๆ ในระยะที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมและไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้สูงอายุ ขาดการส่งเสริมและอนุรักษ์ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงนั้นเพียงจะมีการดำเนินการในระยะแรก อีกทั้งยังขาดข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Community development plan, B.E. 2561-2564) เทศบาลเมืองตันเปาได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวและมีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาสภาวะทางสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของชุมชนและให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสภาวะที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และสามารถขยายองค์ความรู้ให้แก่ชุมชนรอบข้างต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบสภาวะทางกายและจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทำกิจกรรมพัฒนาสภาวะแบบองค์รวมตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชนโดยผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน

### ขอบเขตการวิจัย

1) ด้านเนื้อหา การศึกษานี้เป็นแบบสังเกตโดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้า มีการให้ปัจจัยแทรกแซง คือ กิจกรรมพัฒนาสภาวะทางกายและจิตตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชนโดยผ่านการทำประชาคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน จากนั้นจึงทำการศึกษาสภาวะทางสุขภาพแบบองค์รวม คือ ด้านกายภาพและด้านจิตใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสภาวะทางกายและจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังกิจกรรมพัฒนาสภาวะ 2) ด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง และ 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษา ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองตันเปา อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ จำนวน 351 คน 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษา งานวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาในระหว่างวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2561 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

### วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงระบาดวิทยาแบบการศึกษาไปข้างหน้า (prospective cohort study) โดยการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทำกิจกรรมส่งเสริมสภาวะอย่างมีส่วนร่วม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองตันเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองตันเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้ตอบแบบประเมินด้านสุขภาพองค์รวมในช่วง 5 ตุลาคม พ.ศ. 2561 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 โดยจะใช้การสุ่มแบบการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) คือ กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองตันเปา ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยกลุ่มตัวอย่างจะเป็นกลุ่มเดียวกันทั้งก่อนและหลังการให้ปัจจัยแทรกแซง วิธีการสุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้จะนำรายชื่อผู้สูงอายุจากเทศบาลเมืองตันเปาไปให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละหมู่บ้าน จากนั้น อสม. จะทำการสุ่มโดยการสอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และจะทำการสุ่มแบบนี้ไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะครบจำนวน



เทศบาลเมืองตันเปามีประชากร 16,739 คน เป็นผู้สูงอายุ 2,817 คน การศึกษาจะใช้กลุ่มตัวอย่าง (n) ตามการคำนวณของ Taro Yamane (1973) ในกรณีที่ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ คือ 5% จะได้  $n = 350$  คน เทศบาลเมืองตันเปาประกอบไปด้วย 11 หมู่บ้าน ดังนั้นจำนวนผู้สูงอายุจะมีประมาณ 32 คน ต่อ 1 หมู่บ้าน การเข้าถึงผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านจะดำเนินการโดยเทศบาลเมืองตันเปา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตันเปา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองตันเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
3. ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
4. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและลงชื่อยินยอมให้ข้อมูลในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกรายชื่อตัวอย่างออกจากการศึกษา

1. ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิต เช่น เป็นโรคจิตเภท
2. ผู้สูงอายุไม่สามารถสื่อสารตอบโต้ หรือตอบคำถามได้
3. ผู้สูงอายุที่มีสภาวะของร่างกายและจิตใจอยู่ในความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการเข้าร่วมกิจกรรม

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม และแบบประเมินด้านสุขภาพองค์รวม ประกอบด้วยแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมมีขั้นตอน ดังนี้

1. สสำรวจข้อมูลสภาวะทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (เดือนที่ 1)
2. จัดประชุมเพื่อคืนข้อมูลพื้นฐานที่ได้กลับสู่ชุมชน เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาสภาวะองค์รวมที่พบในชุมชน ให้ผู้สูงอายุร่วมวิเคราะห์ถึงการหาแนวทางจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง และนำเสนอกิจกรรมที่จะพัฒนาสภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยลักษณะของกิจกรรมที่วางแผนจะทำหลังการทำประชาคมสามารถจะเป็นกิจกรรมในรูปแบบใหม่ หรือเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเคยทำมาก่อนแล้วแต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องก็ได้ (เดือนที่ 2)

3. ผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาสภาวะทางกายและจิตในแบบที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของแต่ละพื้นที่ (เดือนที่ 3-5)

4. ศึกษาสภาวะทางสุขภาพแบบองค์รวม โดยจะทำการเก็บข้อมูลสภาวะทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุในกลุ่มเดิม เพื่อเปรียบเทียบสภาวะทางกายและจิตก่อนและหลังทำกิจกรรม (เดือนที่ 6)

แบบประเมินด้านสุขภาพองค์รวมมี 2 ส่วนที่สำคัญ ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคเรื้อรังที่เป็น และแบบประเมินด้านสุขภาพองค์รวม แยกเป็น 2 ส่วนย่อย คือ

1. การประเมินด้านกายภาพ โดยจะใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel's Activities of Daily Living: ADL) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยคะแนนจะแบ่งตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยจะแปลผลและแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) กลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (คะแนน ADL  $\geq 12$ )
- 2) กลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (คะแนน ADL = 5-11)



3) กลุ่มติดเตียง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (คะแนน ADL = 0-4)

2.การประเมินด้านจิตใจ จะใช้แบบประเมินสุขภาพจิต 9 คำถาม (9Q) โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยจะมีคำถามจำนวน 9 ข้อ ซึ่งแต่ละคำตอบจะมีคะแนนแบ่งตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเต็ม 27 คะแนน โดยจะแปลผลและแบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

- 1) คะแนน <7 คือ ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า
- 2) คะแนน 7-12 คือ มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย
- 3) คะแนน 13-18 คือ มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
- 4) คะแนน  $\geq 19$  คือ มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษานี้เลือกใช้เครื่องมือในการประเมินสุขภาพทางกาย (physical health) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน สุขภาพทางกายที่ดี คือ การพึ่งตนเองได้ อีกทั้งยังสามารถช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ด้วย โดยการประเมินการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานจะใช้แบบประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel's Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ จัดทำโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และใช้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการประเมินสุขภาพทางจิต (mental health) ซึ่งหมายถึง สภาวะทางจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า สุขภาพทางจิตที่ดี คือ การไม่มีภาวะผิดปกติทางจิตใจ และไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินสภาวะทางจิตใจจะใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ จัดทำโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และมีการใช้กันอย่างแพร่หลายอีกด้วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจะทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินด้านสุขภาพองค์รวมที่ถูกพัฒนามาแล้วจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา เครื่องมือนี้จึงมีความตรงเชิงเนื้อหา และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = 1.0 อีกทั้งได้นำเครื่องมือนี้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญในเนื้อหา (content expert) จำนวน 3 ท่าน ช่วยพิจารณา พบว่าทุกท่านประเมินให้ข้อคำถามเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่ต้องการวัดแบบครอบคลุมทั้งหมด และค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence: IOC) = 1.0 ถือว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกันทั้งหมด อีกทั้งได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้สัมภาษณ์จริง (preliminary analysis) พบว่าค่า Cronbach's alpha reliability coefficient = 0.81 ถือว่าเครื่องมือที่ใช้มีความน่าเชื่อถือที่ดี

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน รวมถึงข้อมูลสุขภาพแบบองค์รวม และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytic statistics) คือ paired t-test ในการทดสอบทางสถิติเพื่อศึกษาความแตกต่างของผลจากการให้ปัจจัยแทรกแซง และใช้โปรแกรม SPSS for Window version 23.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิสวัสดิภาพและป้องกันภัยอันตรายในการวิจัยกับมนุษย์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (53/2561)



### ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองต้นเปา จำนวน 351 คน มีอายุเฉลี่ย 70 ปี ( $SD = 8$ ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 59.2 โดยส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.0 ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.1 ส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับบุตรหลาน ร้อยละ 41.0 แต่อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียวถึงร้อยละ 6.0 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาสูงสุดในระดับประถม ร้อยละ 84.0 ในด้านข้อมูลการรักษาพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 76.0 เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีบุตรหลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 58.0 เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะเลือกจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นอันดับแรก ร้อยละ 61.0 ในด้านการดูแลเรื่องการใช้จ่ายพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นผู้จัดยาและดูแลการใช้จ่ายด้วยตนเอง ร้อยละ 78.0 และพบว่าส่วนใหญ่สามารถอ่านฉลากยาได้อย่างถูกต้องถึงร้อยละ 88.3 จากข้อมูลด้านโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 62.4 ในผู้สูงอายุจำนวนนี้จะแบ่งเป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค ร้อยละ 66.2 และกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 33.8 ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.5 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 17.4 และ 9.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรักษาพยาบาล และข้อมูลโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ( $n = 351$ )

| ข้อมูล                                        | จำนวน (คน)         | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------|--------------------|--------|
| อายุเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)              | 70 ปี ( $SD = 8$ ) |        |
| 60-69 ปี                                      | 208                | 59.2   |
| 70-79 ปี                                      | 85                 | 24.2   |
| 80 ปีขึ้นไป                                   | 58                 | 16.6   |
| สิทธิการรักษาพยาบาล                           |                    |        |
| ประกันสุขภาพถ้วนหน้า                          | 267                | 76.0   |
| อื่น ๆ เช่น ข้าราชการ ประกันสังคม หรือจ่ายเอง | 84                 | 24.0   |
| สถานบริการทางการแพทย์ที่เลือกเป็นอันดับแรก    |                    |        |
| โรงพยาบาล                                     | 214                | 61.0   |
| อื่น ๆ เช่น สถานีอนามัย คลินิก หรือร้านยา     | 137                | 39.0   |
| ข้อมูลโรคเรื้อรัง                             |                    |        |
| ไม่มีโรคเรื้อรัง                              | 132                | 37.6   |
| มีโรคเรื้อรัง                                 | 219                | 62.4   |
| ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 โรค                     | 145                | 66.2   |
| ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง >1 โรค                    | 74                 | 33.8   |



### การประเมินด้านสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ

#### 1. การประเมินสุขภาวะทางกาย

ผู้สูงอายุก่อนให้ปัจจัยแทรกแซงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ADL = 19.02 (SD = 2.8) (ค่าพิสัย 1-20) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.3 กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.7 และกลุ่มที่สาม คือ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.0 พบว่าหลังให้ปัจจัยแทรกแซงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ADL เพิ่มขึ้นเป็น 19.48 (SD = 1.9) (ค่าพิสัย 3-20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.013$ ) โดยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.1 ในขณะที่กลุ่มติดบ้านมีจำนวนลดลงเป็นร้อยละ 1.6 และกลุ่มติดเตียงก็มีจำนวนลดลงเช่นกันเป็นร้อยละ 0.3 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 2

#### 2. การประเมินสุขภาวะทางจิต

ผู้สูงอายุก่อนให้ปัจจัยแทรกแซงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน 9Q = 1.36 (SD = 3.3) (ค่าพิสัย 0-26) พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า ร้อยละ 94.6 มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 3.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 1.3 และระดับรุนแรง ร้อยละ 1.0 พบว่าหลังให้ปัจจัยแทรกแซงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน 9Q ลดลงเป็น 0.92 (SD = 1.9) (ค่าพิสัย 0-13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.042$ ) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.1 ผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมีจำนวนลดลงเป็นร้อยละ 1.6 ระดับปานกลางมีจำนวนลดลงเป็นร้อยละ 0.3 และไม่พบผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (ร้อยละ 0) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การประเมินสุขภาวะทางกายของผู้สูงอายุ (n = 317)

| การดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)                                                            | Pre-test         |        | Post-test        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|------------------|--------|
|                                                                                                      | จำนวน<br>(คน)    | ร้อยละ | จำนวน<br>(คน)    | ร้อยละ |
| <u>กลุ่มติดสังคม</u> ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น<br>ชุมชน และสังคมได้ (คะแนน ADL ≥12) | 305              | 96.3   | 311              | 98.1   |
| <u>กลุ่มติดบ้าน</u> ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือ<br>ตนเองได้บ้าง (คะแนน ADL = 5-11)       | 9                | 2.7    | 5                | 1.6    |
| <u>กลุ่มติดเตียง</u> ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ หรือ<br>ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (คะแนน ADL = 0-4)     | 3                | 1.0    | 1                | 0.3    |
| ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)                                                                     | 19.02 (SD = 2.8) |        | 19.48 (SD = 1.9) |        |
| p-value*                                                                                             | 0.013            |        |                  |        |

\*Paired Sample T-Test





### ตารางที่ 3 การประเมินสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ (n = 317)

| การประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)                    | Pre-test        |        | Post-test       |        |
|------------------------------------------------|-----------------|--------|-----------------|--------|
|                                                | จำนวน<br>(คน)   | ร้อยละ | จำนวน<br>(คน)   | ร้อยละ |
| การประเมินระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ       |                 |        |                 |        |
| - ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า (คะแนน <7)             | 300             | 94.6   | 311             | 98.1   |
| - มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย (คะแนน 7-12)     | 10              | 3.1    | 5               | 1.6    |
| - มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (คะแนน 13-18) | 4               | 1.3    | 1               | 0.3    |
| - มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (คะแนน ≥19)    | 3               | 1.0    | 0               | 0      |
| ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)               | 1.36 (SD = 3.3) |        | 0.92 (SD = 1.9) |        |
| p-value*                                       |                 |        | 0.042           |        |

\*Paired Sample T-Test

### อภิปรายผล

การประเมินสุขภาวะของผู้สูงอายุจะเป็นการประเมินแบบองค์รวม คือ ประเมินสมรรถภาพร่างกาย ร่วมกับสุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญที่สุด คือ ทำให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้และมีสุขภาพแบบองค์รวมที่ดี ก่อนให้ปัจจัยแทรกแซงผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐานได้เป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนน ADL = 19.02 (SD = 2.8) โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคมถึงร้อยละ 96.3 แต่ก็ยังคงพบผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ได้ถึงร้อยละ 1.0 สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิรดา อรรถเมธากุล และวรรณ ศรีวิไล (Atthamaethakul & Srivilai, 2013) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความพิการ เมื่อมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติเหมือนเดิม การศึกษาของวิชาญ ชูรัตน์ และคณะ (Choorat et al., 2012) พบว่าผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นจะเกิดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต และการศึกษาของกิตติ วงศ์ สาสด (Sasud, 2017) กล่าวว่า การสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายลดลง ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่าง ๆ จากการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะองค์รวมตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน กิจกรรมส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพกาย เช่น กิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยใช้ผ้าขาวม้า การฟ้อนรำ การเรียนรู้เรื่องการนวด การผลิตลูกประคบ และการผลิตสมุนไพรพอกเข้า โดยผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านจะเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ขึ้นกับบริบทของแต่ละหมู่บ้าน ทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนน ADL เพิ่มขึ้น = 19.48 คะแนน (SD = 1.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.013) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.1 เนื่องจากการตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพกายของทั้งตนเองและครอบครัว จึงทำให้เกิดการร่วมด้วยช่วยกันในการส่งเสริมสุขภาพทางกาย

การประเมินสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ พบว่าก่อนให้ปัจจัยแทรกแซงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน 9Q = 1.36 คะแนน (SD = 3.3) โดยส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 94.6 อย่างไรก็ตามยังคงมีผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐฐิตา เพชรประไพ (Petchprapai, 2015) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี



สุขภาพจิตในระดับดี ทั้งนี้โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุแต่มีกลไกหลายอย่าง จึงได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพของครอบครัว โดยเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการพบปะพูดคุยและรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดการสร้างรายได้ เช่น กิจกรรมการประดิษฐ์ดอกไม้จากกระดาษสา และการผลิตไม้กวาดดอกหญ้า เพื่อนำไปจำหน่าย โดยผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านจะเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ขึ้นกับบริบทของแต่ละหมู่บ้าน ทำให้หลังการให้ปัจจัยแทรกแซงพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน 9Q ลดลงเป็น 0.92 คะแนน (SD = 1.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.042$ ) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.1 และที่สำคัญไม่พบผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงเลย (ร้อยละ 0) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนางสาว พวงรอด (Paungrod, 2105) ที่พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากปัญหาสุขภาพ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพจิตของทั้งตนเองและครอบครัว ทำให้เกิดการรวมกลุ่มเพื่อร่วมด้วยช่วยกันในการส่งเสริมสุขภาพจิตและส่งเสริมการสร้างรายได้อีกด้วย

รูปแบบกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพทางกายประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง การออกกำลังกาย และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ กิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยใช้ผ้าขาวม้า กิจกรรมการพ้อนรำ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องการนวด และการผลิตลูกประคบ รวมไปถึงกิจกรรมการผลิตสมุนไพรพอกเข้า ทำให้ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรูปแบบกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการความเครียด และการส่งเสริมการสร้างรายได้ ได้แก่ กิจกรรมการประดิษฐ์ดอกไม้จากกระดาษสา รวมถึงกิจกรรมการผลิตไม้กวาดดอกหญ้า จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้น

ผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองต้นเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่มีสุขภาพของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ที่ดี คือ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ร้อยละ 96.3) และมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 94.6) ที่สำคัญ คือ กิจกรรมพัฒนาสุขภาพทางกายและจิตผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลในการพัฒนาสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุ

รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Paungrod, 2105) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพ เช่น รับจ้างทั่วไป ค่าขาย หรือทำการเกษตร เนื่องจากผู้สูงอายุที่ทำงานจะรู้สึกว่ามีคุณค่า และจากการส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของชุมชน พบว่าผู้สูงอายุบางกลุ่มรวมตัวกันทำกิจกรรมเพื่อสร้างรายได้ เช่น กิจกรรมการประดิษฐ์ดอกไม้จากกระดาษสา รวมถึงกิจกรรมการผลิตไม้กวาดดอกหญ้า จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้น จึงอยากเสนอแนะให้ทางชุมชนมีการส่งเสริมกิจกรรมเพื่อสร้างรายได้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และอาจทำให้สุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างยั่งยืนก็เป็นได้ อีกทั้งยังพบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์และสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางกายและจิตของผู้สูงอายุ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา เป็นการแสดงถึงศักยภาพของท่านและเห็นถึงความสำคัญของพวกท่าน เพื่อสร้างเป้าหมายในการพัฒนา เกิดการวางแผนและตัดสินใจร่วมกัน สร้างการยอมรับต่อชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุจึงรู้สึกว่ามีคุณค่า และเกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้น ชุมชนควรมีการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อผู้สูงอายุขึ้น



การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนา โดยการให้ผู้สูงอายุที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาทำการวิเคราะห์ปัญหาของตนและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน แนวทางดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับปัญหาด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ควรมีการนำไปสู่การขยายผลและปรับใช้ในพื้นที่ต่าง ๆ ภายใต้บริบทที่ใกล้เคียงกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ขยายวงกว้างและยั่งยืน อีกทั้งการวิจัยด้านผู้สูงอายุในอนาคตควรจะเป็นลักษณะของการมีสหวิชาชีพร่วมมือกัน เนื่องจากประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีความหลากหลาย เพื่อให้การศึกษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา ดังนั้นควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงานให้นานขึ้น โดยการศึกษาที่มีระยะเวลาในการดำเนินการ 10 เดือน อาจทำให้บางขั้นตอนต้องเร่งรีบ หากเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงานเป็น 24 เดือน จะทำให้ทุกขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์และครอบคลุมทุกกิจกรรม และโดยทั่วไปงานพัฒนาสุขภาวะองค์กรของผู้สูงอายุในชุมชนโดยทั่วไปยังไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ เพราะทำโดยนโยบายเดียวกันทั้งประเทศ ดังนั้น จึงควรมีระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุตามบริบทของแต่ละท้องถิ่น เพื่อสะท้อนลักษณะทางประชากร ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้สูงอายุ อาจจะทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาวะองค์กรได้อย่างยั่งยืนมากขึ้นก็เป็นได้ อีกทั้งข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ ประการหนึ่ง คือ อคติในการประเมิน post-test ที่อาจเกิดจากทั้งผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินที่เชื่อว่า "กิจกรรมพัฒนาสุขภาวะทางกายและจิตตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน" มีผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาโดยเพิ่มกลุ่มควบคุมหรือทำการศึกษาในทำนองเดียวกันกับประชากรกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชนฐานราก พ.ศ.2561 (UNRN/2561-04) เครือข่ายบริหารการวิจัยภาคเหนือตอนบน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

### เอกสารอ้างอิง

- Atthamaethakul, W., Srivilai, W. (2013). The influences of aging health in tumbon Koobua, Ratchaburi. *Journal of Health Science Research*. 7(2), 18-28. (in Thai).
- Boontoch, K., Nuntaboot, K. (2017). Happiness, distress and mental health of the elderly in a community in the Upper North Region of Thailand. *Journal of The Psychiatric Association of Thailand*. 62(3), 257-270. (in Thai).
- Choorat, W., Sawangdee, Y., Arunraksombat, S. (2012). Factors influencing the risk of having mental health problems of Thai elderly. *Thai Population Journal*. 3, 87-109. (in Thai).
- Community development plan (B.E. 2561-2564). (2018). Tonpao Municipality, San Kamphaeng, Chiang Mai. (in Thai).
- Department of Older Persons. (2015). *Situation of the Thai elderly 2015*. [Online], Available: [http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge\\_th\\_20172404121710\\_1.pdf](http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20172404121710_1.pdf). (2019, 15, April). (in Thai).



- Klinwichit, S., Klinwichit, W., Incha, P., Klinwichit, P. (2015). Mental health evaluation of the elderly with chronic illness in community: Saensuk municipality, Chon Buri, Thailand. *Burapha Journal of Medicine*. 2(1), 21-33. (in Thai).
- National Health Act, B.E. 2550. (2007). *Medical care and sickness benefit*. [Online], Available: [http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=82872&p\\_country=THA&p\\_count=441](http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=82872&p_country=THA&p_count=441). (2019, 15, April). (in Thai).
- National Statistical Office Thailand. (2017). *Preliminary results report survey of the elderly population in Thailand*. Bangkok: The Office. (in Thai).
- National Statistical Office Thailand. (2012). *Summary of key findings social and cultural conditions survey 2011*. Bangkok: The Office. (in Thai).
- Paungrod, N. (2015). The study on depression in Nonthaburi province elderly. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*. 2(1), 63-74. (in Thai).
- Petchprapai, N. (2015). A survey of health status among the older adults who live in Muang district Nakhonratchasima province. *Songklanagarind Medical Journal*. 33(1), 21-30. (in Thai).
- Sangthong, J. (2015). Self-esteem of the elderly through volunteering. Walailak Cultural Hermitage, Walailak University. 15(2), 73-89. (in Thai).
- Sasud, K. (2017). Factors affecting the quality of life of the elderly in the Eastern province. *NRRU Community Research Journal*. 11(2), 21-38. (in Thai).
- Tongdee, J., Rongmuang D., Nakchatree C. (2012). Health status and quality of life among the elderly in the Southern border provinces of Thailand. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 22(3), 88-99. (in Thai).
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. 3<sup>rd</sup> Edition, New York: Harper and Row.



## Development and Reliability of Motion Device Measuring Lower Limb Exercise

Supawan Pimpayorm\*

(Received: May 11, 2020, Revised: June 16, 2020, Accepted: July 1, 2020)

### Abstract

This research and development study aimed to develop a motion device measuring in lower limb exercise (MDMLLE) and to examine the capability of the MDMLLE regarding for enabling in clinical practice focused on responding the hospitalized patients' need on the active exercise (AE). This study was composed of 3 phases. *The first phase* was to investigate experiences of 2 groups: 1). 10 nursing students providing AE care for hospitalized patients with troubles of the musculoskeletal system; and 2). 10 visiting patients receiving an AE care when admitted to an orthopedic ward of a tertiary hospital. Data were collected through semi-structured interview. Content analysis was conducted. *The second phase*, there were 5 steps of development based on the data of experiences of 2 groups: 1). Planning the compositions of the MDMLLE; 2). Designing its systems; 3) validating its systems by 3 experts; 4) testing its effectiveness in 5 participants; and 5) evaluating and correcting its trial and error. *The final phase* was to investigate the during-morning-evening-period between-days test-retest reliability of the MDMLLE when run the AE of lower limbs in 20 young adults. Intra-class correlation coefficients ( $ICC_{3,1}$ ) were used to analyze the data for test- retest reliability, and the agreement between the AE times measured by the MDMLLE and the count in mind

The findings showed that participants required the nursing care innovation regarding continuous and comprehensive implementation in doing the AE of lower limbs. The invention was undertaken under the basic principle of vibration sensor and a mobile application in Line as an operating system to count the times of the AE of lower limbs. The test-retest during-morning-evening-period between-day reliability was significantly found for the MDMLLE ( $ICC_{3,1} = 0.995$  and  $0.996$ ). The measurement of the AE of lower limb times compared between the MDMLLE and a count in mind was strongly correlated ( $ICC_{3,1} = 0.995$  และ  $0.996$ ). The MDMLLE is a reliable tool for applying nursing activity of AE of lower limb in hospitalized patients in clinical practice.

**Keywords:** Motion device measuring in lower limb exercise, Active exercise of lower limbs, Research and Development

\* Registered Nurse, Professional level, Boromrajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan





## การพัฒนาและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่วนล่างของร่างกาย

ศุภวรรณ พิมพ์พยอม\*

(วันรับบทความ: 11 พฤษภาคม 2563, วันแก้ไขบทความ: 16 มิถุนายน 2563, วันตอบรับบทความ: 1 กรกฎาคม 2563)

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายสำหรับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีแบบแผนสุขภาพด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายเปี่ยงเบน มีกระบวนการวิจัยครอบคลุม 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การบริการพยาบาลด้านการออกกำลังกายกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรายขาขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตติยภูมิ ศึกษาจากนักศึกษาพยาบาล จำนวน 10 คน และ ผู้ป่วย จำนวน 10 คน ใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนาแบบนวัตกรรมการวัดการเคลื่อนไหวร่างกาย 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 กำหนดองค์ประกอบ ขั้นตอนที่ 2 ร่างต้นแบบ ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบและแก้ไขต้นแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบต้นแบบโดยทดลองใช้ในอาสาสมัครจำนวน 5 คน ขั้นตอนที่ 5 ประเมินและปรับปรุงต้นแบบ ระยะที่ 3 ทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายในอาสาสมัครสุขภาพดี จำนวน 20 คน ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest procedure) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Intraclass Correlation Coefficient ( $ICC_{3,1}$ ) เพื่อหาความเที่ยงและความสอดคล้องของการวัดจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายระหว่างอุปกรณ์ที่สร้างขึ้นกับการบันทึกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างต้องการมีเครื่องมือที่จะช่วยให้การปฏิบัติกิจกรรมด้านการออกกำลังกายบนเตียงที่สมบูรณ์มีคุณภาพและต่อเนื่องขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องต้นแบบสำหรับบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกาย มีหลักการทำงานโดยใช้ Vibration Sensor ตรวจจับความเคลื่อนไหว แปลงพารามิเตอร์การสั่นสะเทือนเข้าไปในสัญญาณไฟฟ้า และส่งสัญญาณเตือนที่ตัวเครื่องต้นแบบที่เชื่อมต่อกับสัญญาณโทรศัพท์เคลื่อนที่โดยแสดงผลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ระยะที่ 3 ผลการตรวจสอบคุณภาพพบว่าเครื่องต้นแบบมีความเที่ยงในการวัดซ้ำระหว่างวันที่ 1 และ 2 ของการนับจำนวนครั้งการออกกำลังกายบนเตียงช่วงเวลาเช้า-เย็นอยู่ในระดับดีเยี่ยม ( $ICCs = 0.995$  และ  $0.996$ ) นอกจากนั้นยังพบว่าจำนวนครั้งโดยเครื่องต้นแบบมีความสอดคล้องกับการนับจำนวนครั้งด้วยตนเองช่วงเวลาเช้า-เย็นทั้งสองวันอยู่ในระดับดีเยี่ยม ( $ICCs = 0.995, 0.994, 0.996$  และ  $0.993$  ตามลำดับ) เครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายมีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก

**คำสำคัญ:** นวัตกรรมเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอของร่างกายที่ผู้ปฏิบัติออกกำลังกายเองทั้งหมด การวิจัยและพัฒนา

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์



## บทนำ

ปัจจุบันทุกองค์การวิชาชีพสุขภาพในสถานพยาบาลดำเนินการขับเคลื่อนและผลักดันการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการออกกำลังกายในคลินิกเพื่อให้สอดคล้องกับการปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น (Tayakee & et al., 2016) ซึ่งในการดำเนินการดังกล่าวมีทั้งในส่วนของการพัฒนาการให้บริการด้านการออกกำลังกายเพื่อตอบสนองผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นต่อความสามารถและประสิทธิภาพของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น เช่น เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย เพื่อป้องกันโรคแก้ไขความพิการ และเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย (Pundee & et al., 2019) นอกจากนี้ยังมีในส่วนของการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการออกกำลังกายที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการที่ต้องนอนพักบนเตียงตามแผนการรักษาของแพทย์ และถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอันเนื่องมาจากภาวะของการเจ็บป่วยหรือจากการมีสายและอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลต่างๆ หรือจากการได้รับยาที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากการนอนพักและการไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานานอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ การตีบของหลอดเลือดดำ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลให้ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น (Phoodaangau & et al., 2015) ดังนั้นเป้าหมายของการพัฒนาบริการด้านการออกกำลังกายในคลินิกจึงมุ่งดำเนินการเพื่อให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคลและมีความปลอดภัยจากภาวะโรคหรือภาวะแทรกซ้อน (Tammanee, 2017) ภายใต้หลักการพื้นฐานของวิชาชีพซึ่งผดุงไว้ซึ่งคุณภาพและมาตรฐานบริการของแต่ละวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายในคลินิกภายใต้หลักการพื้นฐานของวิชาชีพ ได้กำหนดให้พยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติ เป็นเครื่องมือกำหนดมาตรฐานคุณภาพกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายในคลินิกต่อการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโดยตรงและสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์ โดยจัดเป็นกิจกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายของผู้ป่วยที่มีแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายที่เบี่ยงเบนตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Tammanee, 2017) นอกจากนี้พยาบาลยังปฏิบัติการพยาบาลในบริบทของการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้องและเหมาะสมขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และสั่งการการรักษาด้วยการออกกำลังกายที่คำนึงถึง ประเภท (mode) ความหนักเบา (intensity) ระยะเวลา (duration) การเพิ่มระดับการออกกำลังกาย (rate of progression) ข้อห้าม (contraindication) และข้อควรระวัง (precaution) และได้รับการดูแลลงมือปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพของร่างกายจากนักกายภาพบำบัดเป็นหลัก ในส่วนของพยาบาลก็เป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่ต้องทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในสำคัญของการเคลื่อนไหวร่างกาย มีการเคลื่อนไหวของร่างกายที่เพิ่มขึ้นสม่ำเสมอ เพราะถ้าผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายไม่สม่ำเสมอ การฟื้นฟูของโรคก็จะช้าและอัตราการนอนโรงพยาบาลก็จะนานขึ้น (Kitisomprayunkun & et al., 2017) ซึ่งการที่พยาบาลจะปฏิบัติบทบาทใดมากน้อยเพียงไรนั้นขึ้นอยู่กับบริบทผู้ป่วยที่ดูแล สภาพและอาการของผู้ป่วย และความทนของแต่ละบุคคล

อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ปัจจุบันการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของพยาบาลด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายในคลินิกยังไม่ครอบคลุม ครบถ้วน ตามมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลที่กำหนดไว้ พบว่า พยาบาลใช้



ระยะเวลาการให้การพยาบาลด้านการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยแต่ละรายมีจำกัด เนื่องจากปัจจุบันความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีมากขึ้น มีกิจกรรมการพยาบาลหลากหลายในช่วงเวลาเดียวกัน อัตราการล้มของพยาบาลอยู่ในภาวะขาดแคลน ทำให้พยาบาลต้องจัดลำดับความสำคัญ (Makaluck, 2018) อีกทั้งมีระยะเวลาในการส่งเสริมการออกกำลังกายลดลงเนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนมากไปกับกิจกรรมอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่บทบาทของพยาบาลโดยตรง เช่น การช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ การเขียนบันทึกรายงานต่างๆ ที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น (Tammanee, 2017) รวมไปถึงการขาดทักษะความชำนาญในการให้คำแนะนำการออกกำลังกายกับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากสมรรถนะของพยาบาลในการส่งเสริมการออกกำลังกายในคลินิกมีหลายระดับตั้งแต่พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ถึงขั้นพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ (Chotiban & et al., 2013) นอกจากนี้ระบบบันทึกทางการพยาบาลยังขาดข้อมูลการบันทึกเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกายในคลินิกที่ชัดเจน เช่น การระบุกิจกรรมที่ชัดเจน การกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่อง และการประเมินผลลัพธ์ ส่งผลให้ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยและนักศึกษาพยาบาลที่หมุนเวียนมาฝึกปฏิบัติการพยาบาล ขาดข้อมูลในการติดตามการออกกำลังกายในคลินิก ขาดความตระหนักในการส่งเสริมการออกกำลังกายในคลินิก (Phamornpon, 2016) ในขณะเดียวกันผู้ป่วยจะฝึกการออกกำลังกายในคลินิกอย่างจริงจังและสม่ำเสมอในช่วงที่มีพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลคอยแนะนำดูแลกำกับติดตาม และมีโอกาสละเลยหรือหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายตามคำแนะนำการออกกำลังกายในคลินิกที่ถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสม ต่อเนื่อง อาจส่งผลให้ขาดระดับความก้าวหน้าในการออกกำลังกาย (Yimprasert & et al., 2015) ดังนั้นประสิทธิภาพหรือมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลด้านการออกกำลังกายในคลินิกยังคงต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงให้เพิ่มระดับคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ระบบการดูแลสุขภาพ และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

สืบเนื่องจากแนวคิดปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวข้างต้น มีการศึกษาวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลด้านการออกกำลังกายในคลินิกที่เป็นระบบกับผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย กล่าวคือมีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลหรือสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการกระตุ้นติดตาม และประเมินผลลัพธ์ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Chuenjit & Ua-kit, 2017; Plyyong & et al., 2018) หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Khamnuan & et al., 2018) ในขณะที่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลด้านการออกกำลังกายในคลินิกกับการบันทึกและให้ข้อมูลป้อนกลับต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในทุกเวรและทุกวันตามมาตรฐานวิชาชีพยังมีจำกัด สอดคล้องกับผลการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลที่พยาบาลต้องเขียนทุกเวรทุกวันของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่า ส่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างมากและต่อเนื่องคือ การนำเสนอข้อมูลด้านกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกปฏิบัติแล้วในทุกเวรทุกวันพร้อมทั้งการนำเสนอข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงถึงความก้าวหน้าในเวรหรือวันต่อไปเพื่อแสดงถึงการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ (Tammanee, 2017) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายสำหรับใช้เป็นเครื่องมือวัดผลลัพธ์ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการออกกำลังกายในคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในแต่ละวันขึ้น โดยคาดหวังว่าพยาบาลและผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลที่ได้จากเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายไปแก้ไขปัญหาคาดความต้องการของผู้รับบริการหรือนำผลไปใช้ในการวิเคราะห์คาดการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและกำหนดกิจกรรมพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป



### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การบริการพยาบาลด้านการออกกำลังกายอย่างมีส่วนร่วมของร่างกาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบนวัตกรรมเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีส่วนร่วมของร่างกาย
3. เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของนวัตกรรมเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีส่วนร่วมของร่างกาย

### ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีส่วนร่วมของร่างกายเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีระยะเวลาที่ศึกษาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ กรกฎาคม 2562 ถึง ธันวาคม 2562

### วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยทำหนังสือขออนุมัติผ่านตามขั้นตอน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขออนุญาตดำเนินการศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เลขที่ SPRNW-REC 013/2019 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1** ศึกษาสภาพการณ์การบริการพยาบาลด้านการออกกำลังกายบนเตียงของผู้ป่วยในคลินิก

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบตัวต่อตัวโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และผู้วิจัยทำการจดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ ใช้เวลา 30-45 นาที โดยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกำลังรอรับยาหลังจากได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ศัลยกรรมกระดูกแล้ว สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาดำเนินการสัมภาษณ์ที่ห้องสมุดของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ในช่วงเวลาที่ไม่มีเรียนการสอนหรือกิจกรรมนอกเวลา

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่

1. ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ที่ผ่านการฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล 1 ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีการศึกษา 2561 และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายที่เบี่ยงเบนตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติเหมือนประชากรที่ศึกษาและเข้าเกณฑ์ จำนวน 10 คน ซึ่งมีเกณฑ์คัดออกคือ ขาดประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติ เป็นเวลา 3 วัน จำนวน 1 คน

2. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ผู้ป่วยอยู่ในระยะฟื้นฟูจากการที่มีการหักของกระดูกต้นขา และผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ด้วยอาการกระดูกต้นขาหัก โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติเหมือนประชากรที่ศึกษาและเข้าเกณฑ์ จำนวน 10 คน ซึ่งมีเกณฑ์คัดออกคือ 1) สัญญาณชีพผิดปกติ และ/หรือไม่คงที่ 2) มีคะแนนความปวด  $\geq 4$  เมื่อประเมินด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข 1-10 และ 3) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการทั้งโดยตัวผู้ป่วยและญาติ



**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย ตัวผู้วิจัย และ แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากแนวคิดของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายที่เบี่ยงเบนตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เพื่อจะได้ข้อมูลที่ครอบคลุม

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะในการสัมภาษณ์โดยการนำแนวคำถามที่ได้สร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ไปทดลองสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาลจำนวน 1 ราย และผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จำนวน 1 ราย พบว่าแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสามารถใช้ได้จริง

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนกถ้อยคำหรือข้อความที่กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นแล้วนำมาตีความอธิบาย และวิเคราะห์เป็นประเด็นสำคัญต่างๆ เพื่อใช้ในการจัดกลุ่มข้อมูลในการตอบคำถาม

**ระยะที่ 2** สร้างและพัฒนาเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายต้นแบบและแผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกายขาบนเตียงสำหรับผู้ป่วย

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ตามวงจรการพัฒนา 5 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** กำหนดองค์ประกอบของเครื่องต้นแบบตามหลักการวัดการเคลื่อนไหวแล้วส่งผ่านข้อมูลเพื่อแสดงผลบนโทรศัพท์มือถือ และแผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกายขาบนเตียงสำหรับผู้ป่วยตามหลักการของ Active Range of Motion Exercise

**ขั้นตอนที่ 2** สร้างเครื่องต้นแบบโดยผู้วิจัยประสานกับผู้มีความรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถผลิตเครื่องต้นแบบตามแบบที่ผู้วิจัยต้องการ สร้างแผ่นเอกสารการสอนโดยผู้วิจัยรวบรวมองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจที่สอดคล้องกับองค์ประกอบที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1

**ขั้นตอนที่ 3** ตรวจสอบและแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้สอนวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล นักกายภาพบำบัด พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โดยเครื่องต้นแบบถูกพิจารณาตามแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ คือ ดีที่สุด ดีมาก ดีปานกลาง ดีน้อย น้อยที่สุด ดังนี้ 1) ด้านกระบวนการพัฒนา 2) ด้านการออกแบบระบบ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ และ 4) ด้านคุณค่า สำหรับแผ่นเอกสารการสอนและแบบสอบถามความพึงพอใจถูกพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา

**ขั้นตอนที่ 4** ทดลองใช้เครื่องต้นแบบเพื่อทดสอบว่าสามารถใช้ในการปฏิบัติได้จริง และสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องต้นแบบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ดำเนินการทดสอบในห้องปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ 1) ผู้วิจัยสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับทำการออกกำลังกายขาบนเตียงตามแผ่นเอกสารการสอนกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย 2) เพิ่มชื่อไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง (ID Line) ให้เข้ามาเป็นสมาชิกในไลน์กลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในแอปพลิเคชัน Line 3) กลุ่มตัวอย่างนอนบนเตียงเพื่อติดเครื่องต้นแบบที่ขาข้างที่มีประวัติกระดูกขาหัก 4) เปิดสวิทช์เครื่องต้นแบบและเชื่อมต่อสัญญาณ wifi กับโทรศัพท์เคลื่อนที่และฮอตสปอตของผู้วิจัยเพื่อเปิดระบบรับ-ส่งข้อมูลจำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาข้างเครื่องต้นแบบและแอปพลิเคชัน Line 5) กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายทั้งแบบ 7 ท่าทาง และ 4 ท่าทาง โดยดำเนินการทดลองสองช่วงเวลา คือ 09.00-11.00 น. และ 18.00-20.00 น. ซึ่งเครื่องต้นแบบจะถูกใส่ในขณะที่มีการออกกำลังกายขาและจะถูกถอดออกเมื่อเสร็จสิ้นในทุกๆ ช่วงเวลา 6) รับการแจ้งจำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาทั้งสองช่วงเวลา ที่เวลา 20.00 น. ผ่านทางแอปพลิเคชัน Line 7) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามความพึงพอใจแบบออนไลน์ ที่เวลา 21.00 น.





ขั้นตอนที่ 5 ประเมินและปรับปรุงเครื่องต้นแบบและแผ่นเอกสารการสอนจากการรวบรวมข้อมูลจาก 4 ขั้นตอนที่ผ่านมา

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประชากรคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีการศึกษา 2561 ที่มีประวัตินอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อรักษากระดูกขาที่หักในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติเหมือนประชากรที่ศึกษาและเข้าเกณฑ์ จำนวน 5 คน ซึ่งมีเกณฑ์คัดออกคือ มีคะแนนความปวด  $\geq 4$  เมื่อประเมินด้วยมาตราวัดความปวดแบบตัวเลข 1-10

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** 1). เครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายที่เป็นต้นแบบ น้ำหนัก 200 กรัม ขนาด  $6 \times 6 \times 11$  เซนติเมตร 2). แผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกายขาบนเตียงสำหรับผู้ป่วย และ 3). แบบสอบถามความพึงพอใจต่อองค์ประกอบของเครื่องต้นแบบและแผ่นเอกสารการสอน จำนวน 14 ข้อ พร้อมกำหนดเกณฑ์การให้ค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยเครื่องต้นแบบผ่านการประเมินระดับดีทุกด้าน สำหรับแผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกายขาบนเตียงสำหรับผู้ป่วยและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้งาน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.88 และ 0.92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.77 และ 0.89 ตามลำดับ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ระยะที่ 3** การทดสอบคุณภาพเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายโดยเปรียบเทียบกับการนับจำนวนครั้งของการออกกำลังกายด้วยตนเอง

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** อาสาสมัครทำการทดสอบจำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาข้างขวา 4 ท่าทางที่ห้องปฏิบัติการพยาบาลในช่วงเวลาเช้า 9.00-11.00 น. และ เย็น 18.00-20.00 น. เป็นเวลา 2 วัน (Test-retest procedure) ดังนี้ 1) ผู้วิจัยสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับท่าการออกกำลังกายตามแผ่นเอกสารการสอนกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย 2) เพิ่มชื่อไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง (ID Line) ให้เข้ามาเป็นสมาชิกในไลน์กลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในแอปพลิเคชัน Line 3) กลุ่มตัวอย่างนอนบนเตียงเพื่อติดเครื่องต้นแบบที่ขาข้างขวา 4) เปิดสวิทช์เครื่องต้นแบบและเชื่อมต่อสัญญาณ wifi กับโทรศัพท์เคลื่อนที่และฮอตสปอตของผู้วิจัยเพื่อเปิดระบบรับ-ส่งข้อมูลจำนวนครั้งของการออกกำลังกายระหว่างเครื่องต้นแบบและแอปพลิเคชัน Line 5) กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกาย 4 ท่าทาง ผู้วิจัยจดบันทึกจำนวนครั้งของการออกกำลังกาย และถอดเครื่องต้นแบบเมื่อเสร็จสิ้นในทุกๆช่วงเวลา 6) รับการแจ้งจำนวนครั้งของการออกกำลังกายทั้งสองช่วงเวลา ที่เวลา 20.00 น. ผ่านทางแอปพลิเคชัน Line 7) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามความพึงพอใจแบบออนไลน์

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตไม่เคยมีประวัติการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีการศึกษา 2562 จำนวน 130 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 15-



30 % จากจำนวนประชากรที่มีจำนวนเป็นหลักร้อย (Jirojanakul, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนประชากร จำนวน 20 คน การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบจับสลาก

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** 1) เครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายที่เป็นต้นแบบ ขนาด  $6 \times 11$  เซนติเมตร น้ำหนัก 200 กรัม และ 2) แผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกายขาบนเตียงสำหรับผู้ป่วย 3) แบบสอบถามความพึงพอใจเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแนวทางของ Likert จากมากที่สุด ถึง น้อยที่สุด มีคะแนน 5 ถึง 1 จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจต่อเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกาย จำนวน 9 ข้อ และ ด้านความพึงพอใจต่อแผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกายขาบนเตียง จำนวน 5 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การประเมินเหมือนระยะที่ 2

**การวิเคราะห์ข้อมูล** 1). ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร และ ความพึงพอใจ 2). ใช้สถิติ Intraclass Correlation Coefficient ( $ICC_{3,1}$ ), Coefficient of Variance (CV) จากสูตร  $CV = SD / Mean$  และ Standard Error of Measurement (SEM) จากสูตร  $SEM = SD \times \sqrt{1 - ICC}$  วิเคราะห์ความสอดคล้องของจำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาบนเตียงจากการนับด้วยตนเองและโดยเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกาย และ 3). ใช้สถิติ Intraclass Correlation Coefficient (ICC) วิเคราะห์ความเที่ยงในการบันทึกจำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาบนเตียงโดยเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายจากการวัดซ้ำระหว่างวันที่ 1 และ 2 โดยมีเกณฑ์การประเมินค่า คือ ค่า  $ICC \geq 0.75$  ถือว่ามีความสอดคล้องหรือความเที่ยงอยู่ในระดับดีมาก ค่า ICC ระหว่าง 0.74-0.40 ถือว่ามีความสอดคล้องหรือความเที่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ค่า  $ICC < 0.40$  ถือว่ามีความสอดคล้องหรือความเที่ยงอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่ ค่า  $SEM \geq 0.75$  ถือว่ามีความคลาดเคลื่อนอยู่ในระดับสูงมาก ค่า SEM ระหว่าง 0.74-0.40 ถือว่ามีความคลาดเคลื่อนอยู่ในระดับปานกลาง ค่า  $SEM < 0.40$  ถือว่ามีความคลาดเคลื่อนอยู่ในระดับน้อย (Donaghy & Wass, 1998)

## ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

**ระยะที่ 1** ศึกษาสภาพการณ์การบริการพยาบาลด้านการออกกำลังกายร่างกายส่วนล่างของร่างกายบนเตียง พบว่า

1.1 ประสพการณ์ของผู้ป่วยที่เคยได้รับการดูแลเรื่องการออกกำลังกายบนเตียงจากพยาบาลขณะนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกพบว่า ผู้ป่วยได้สะท้อนประสพการณ์การได้รับการดูแลจาก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) แพทย์เจ้าของไข้ พบว่าได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และตรวจเยี่ยมสอบถามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย แต่ไม่ได้แนะนำว่าการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมครบถ้วนต้องทำอย่างไรบ้าง 2) พยาบาล พบว่ามีทั้งสนใจและไม่สนใจต่อการตอบสนองตามความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย แต่พยาบาลทุกคนจะใส่ใจแนะนำและกระตุ้นให้ออกกำลังกายจนยกแขนยกขาสม่ำเสมอ แต่คำแนะนำที่ได้รับจากพยาบาลไม่ค่อยตรงกันทำให้ผู้ป่วยก็ทำได้บ้างไม่ได้บ้างเนื่องจากอาการปวดหรือบางครั้งก็ไม่ทราบว่าทำได้มากน้อยแค่ไหน 3) บุคคลในครอบครัว พบว่าช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและช่วยให้กำลังใจได้เป็นอย่างดี แต่ไม่สนใจช่วยดูแลและกระตุ้นในการออกกำลังกาย

1.2 ประสพการณ์ของนักศึกษาพยาบาลที่เคยให้การพยาบาลเรื่องการออกกำลังกายบนเตียงกับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกพบว่า นักศึกษาพยาบาลสะท้อนประสพการณ์ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ประสพการณ์และความรู้สึกก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติพบว่า กลัวและกังวลในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นเนื่องจากเป็นการปฏิบัติไม่



สถานการณ์จริงเป็นครั้งแรก และกลัวเนื่องจากความรู้ไม่เพียงพอโดยเฉพาะองค์ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย เนื่องจากขณะเรียนภาคทฤษฎีในชั้นเรียนมีเนื้อหาที่ต้องทำความเข้าใจและเรียนรู้มากมาย อีกทั้งรายละเอียดแนวทางการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายที่ชัดเจนถูกต้องก็ไม่ได้ถูกเน้น 2) ประสบการณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจากการฝึกปฏิบัติ พบว่ามีการพัฒนากระบวนการพยาบาล เข้าใจในบทบาทของพยาบาล เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว แต่สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ยังเป็นปัญหาโดยเฉพาะในส่วนคำแนะนำที่ถูกต้องในระหว่างออกกำลังกาย การเลือกประเภทการออกกำลังกายได้เหมาะสม การติดตามความก้าวหน้าในการออกกำลังกาย

1.3 จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยและนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อเสนอแนะที่ตรงกันคือ ความต้องการมีเครื่องมือที่แสดงถึงแนวทางการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สมบูรณ์และชัดเจน และความต้องการมีเครื่องมือที่แสดงข้อมูลด้านการออกกำลังกายย้อนกลับสู่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการประจำวันเพื่อใช้ประเมินคุณภาพและความต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรมด้านการออกกำลังกายบนเตียง

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบนวัตกรรมเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกาย พบว่า

**ขั้นตอนที่ 1** ผลการกำหนดองค์ประกอบของเครื่องต้นแบบและแผ่นเอกสารการสอน พบว่า

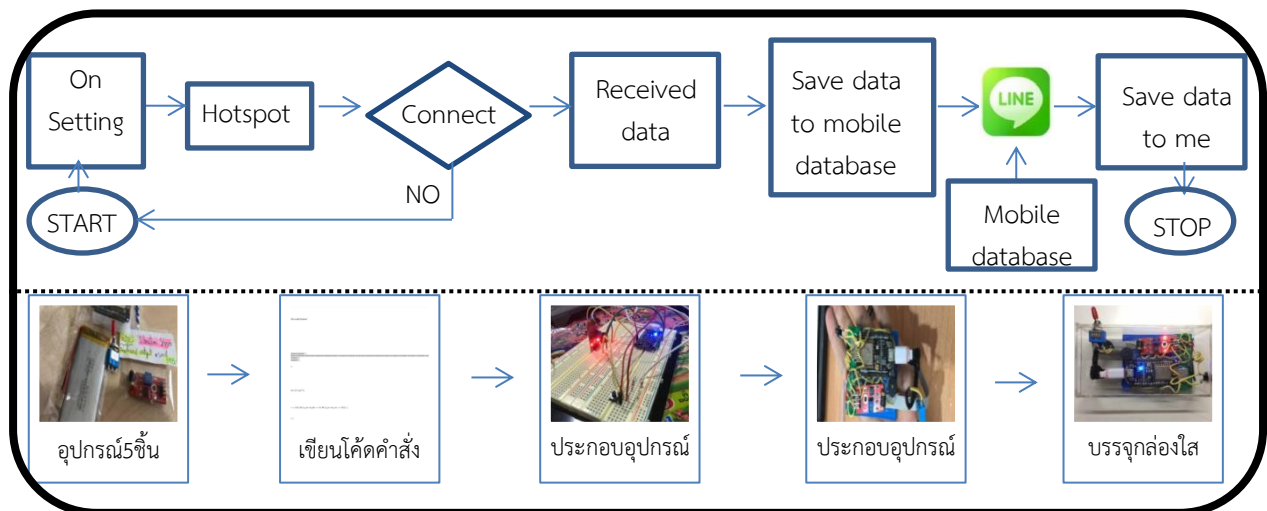
1.1 องค์ประกอบของเครื่องต้นแบบ ได้แก่ 1) ความแข็งแรงของวัสดุอุปกรณ์ 2) น้ำหนักเบาเคลื่อนย้ายสะดวก 3) การใช้งานง่าย ทันสมัย ไม่ซับซ้อน 4) ความปลอดภัยในการใช้งาน 5) กำหนดระยะเวลาสอดคล้องกับเวลารับประทานยา เข้า-เย็น 6) มีขนาดกะทัดรัดเหมาะแก่การใช้งาน 7) ใช้งานได้จริง 8) มีความสะดวกในการเคลื่อนย้าย และ 9) ทนทานดูแลรักษาง่าย

1.2 องค์ประกอบของแผ่นเอกสารการสอน ได้แก่ 1) เนื้อหาเหมาะสม 2) ลักษณะแผ่นเอกสารการสอนมีความเหมาะสม 3) ขนาด สี และตัวอักษรมีความเหมาะสม 4) คำอธิบายท่าทางการเคลื่อนไหวอย่างง่าย และ 5) ภาพมีความเหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 2** ผลการสร้างเครื่องต้นแบบและแผ่นเอกสารการสอน พบว่า

2.1 ผู้มีความรู้ทางวิศวกรรมอิเล็กทรอนิกส์ร่างระบบการทำงานของเครื่องต้นแบบตามหลักการวัดการสั่นสะเทือนวัตถุแล้วส่งผ่านข้อมูลเพื่อแสดงผลบนโทรศัพท์มือถือ จัดซื้ออุปกรณ์ได้แก่ 1) สำหรับติดต่อสื่อสารบนมาตรฐาน WiFi 2) Vibration Sensor Module 3) แบตเตอรี่ 2000 milli ampere-hour 4) Power Bank 6500 milli ampere-hour 5) กล้องใส เขียนโค้ดคำสั่งบันทึกการออกกำลังกายขาบนเตียงในช่วงเวลา 09.00-11.00น. และ 18.00-20.00น. ซึ่งการกำหนดเวลาช่วงนี้ได้ถูกกำหนดให้สอดคล้องกับเวลารับประทานยาหลังอาหารเช้า-เย็นของผู้ป่วย และนำโค้ดคำสั่งมาประกอบกับอุปกรณ์ทั้ง 5 ชิ้น แสดงในรูปภาพ 1

2.2 ผู้วิจัยเขียนร่างแผ่นเอกสารการสอน 7 ท่าทางการออกกำลังกายขาบนเตียงสำหรับผู้ป่วยที่พิสัยของข้อปกติตามหลักการของการใช้แรงจากกล้ามเนื้อเป็นตัวกระทำ (Active exercise) ได้แก่ 1) Hip bends 2) Knee bends 3) Leg lifts & Leg rotation, in and out 4) Leg movement, side to side 5) Ankle bends & rotation 6) Feet bends & spreads 7) Toe bends & spreads (Kitisomprayunkun & et al., 2017)

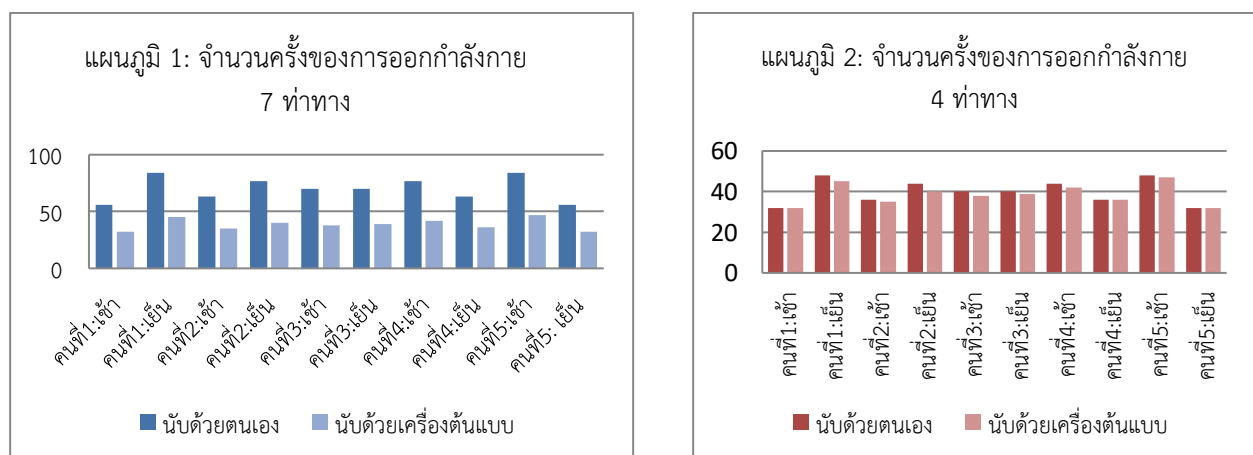


รูปภาพ 1 ร่างระบบการทำงานและขั้นตอนสร้างเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกาย

ขั้นตอนที่ 3 ผลการตรวจสอบและแก้ไขเครื่องต้นแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่ามีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น คือ 1.ลักษณะของเครื่องต้นแบบควรต้องปรับปรุงโดยนำกระดาษเคลือบมันมาหุ้มเพื่อปกปิดแผงวงจรด้านใน และนำเทปกาวยึดติดกันมาใช้เพื่อรัดเครื่องต้นแบบไว้กับขา 2. แผ่นเอกสารการสอนควรทำเป็นสองด้านแทนการเอกสารเป็น 3 ส่วน ตามข้อจำกัดของ Vibration Sensor ที่ไม่สามารถตรวจจับความสั่นไหวขณะออกกำลังกายข้อเท้าได้ 3. การทดลองใช้เครื่องต้นแบบควรทดลองให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายทั้งแบบ 4 ท่าทาง และ 7 ท่าทาง

ขั้นตอนที่ 4 ผลการทดลองใช้เครื่องต้นแบบและแผ่นเอกสารการสอน พบว่า

4.1 เมื่อศึกษาถึงจำนวนครั้งในการออกกำลังกายขาบนเดียวจากการนับโดยเครื่องต้นแบบเปรียบเทียบกับ การนับด้วยตนเองในช่วงเวลาเช้าและช่วงเย็น พบว่าการแสดงผลจำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาบนเดียว 7 ท่าทางจากการบันทึกโดยเครื่องต้นแบบมีค่าน้อยกว่าจำนวนครั้งที่อาสาสมัครนับด้วยตนเอง ในขณะที่การแสดงผลจำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาบนเดียว 4 ท่าทางจากการบันทึกโดยเครื่องต้นแบบมีค่าใกล้เคียงกับจำนวนครั้งที่อาสาสมัครนับด้วยตนเอง แสดงในรูปภาพ 2



รูปภาพ 2 จำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาบนเดียวแบบ 4 ท่าทาง และ 7 ท่าทาง โดยการนับด้วยเครื่องต้นแบบเปรียบเทียบกับ การนับด้วยตนเอง





4.2 เมื่อศึกษาถึงความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อองค์ประกอบของเครื่องต้นแบบ และองค์ประกอบของแผ่นเอกสารการสอน (ดังแสดงหัวข้อไว้ในผลการวิจัยระยะที่ 2 ขั้นตอน 1) พบว่า มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 4.15 คะแนนเต็ม 5.00) และสูงมาก ( $\bar{X}$  = 4.55 คะแนนเต็ม 5.00) ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 5 ผลการปรับปรุงเครื่องต้นแบบและแผ่นเอกสารการสอน พบว่า

5.1 เครื่องต้นแบบมีระบบการทำงานแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกทำงานโดยใช้เซ็นเซอร์ตรวจจับความเคลื่อนไหวประเภท Vibration Sensor ที่มีหลักการการทำงานโดยเน้นการสั่นสะเทือนของวัตถุผ่านเชิงกลของโครงสร้างและการแปลงพารามิเตอร์การสั่นสะเทือนเข้าไปในสัญญาณไฟฟ้า และส่งสัญญาณเตือนที่ตัวเครื่องเมื่อถึงเวลาตามที่ผู้จัดทำกำหนดไว้ ส่วนสองทำงานแบบการนำข้อมูลที่เก็บได้จากตัวเครื่องต้นแบบมาเชื่อมต่อกับสัญญาณ wifi และแสดงผลผ่านทางหน้าจอโทรศัพท์เคลื่อนที่โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นตัวกลางในการนำเสนอข้อมูลให้กับผู้วิจัย แสดงในรูปภาพ 3

5.2 แผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกายประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านหน้าแสดงท่าการออกกำลังกายขาบนเตียง 4 ท่า สอดคล้องกับระบบตรวจจับความสั่นไหวของเครื่องต้นแบบ และด้านหลังแสดงท่าการออกกำลังกายขาบนเตียง 7 ท่า สำหรับผู้ป่วยที่พิสัยของข้อจำกัดตามหลักการของการใช้แรงจากกล้ามเนื้อเป็นตัวกระทำ (Active Range of Motion exercise) แสดงในรูปภาพ 4



รูปภาพ 3 การเชื่อมต่อระหว่างเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายกับโทรศัพท์เคลื่อนที่



รูปภาพ 4 แผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกายขาบนเตียง

ระยะที่ 3 การประเมินความน่าเชื่อถือของนวัตกรรมเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกาย พบว่า

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 20 ราย เป็นเพศชาย 2 ราย และ หญิง 18 ราย มีอายุระหว่าง 19-22 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.80 ปี





3.2 ผลการทดสอบคุณภาพของเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายเปรียบเทียบกับ การนับจำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาบนเตียงด้วยตนเอง พบว่าเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของ ร่างกายมีความเที่ยงในการวัดซ้ำในระดับดีมาก อีกทั้งมีความสอดคล้องกับการนับจำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาบน เตียงด้วยตนเองระดับดีมาก เนื่องจากมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นเข้าใกล้ 1 และมีค่าความคลาดเคลื่อน มาตรฐานจากการวัดซ้ำน้อย บ่งชี้ได้ว่าสามารถนำเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายไปใช้แทน การนับจำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาบนเตียงด้วยตนเองได้ แสดงผลในตารางที่ 1 และ 2

**ตารางที่ 1** ความน่าเชื่อถือของการทดสอบซ้ำในการนับจำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาบนเตียงโดยเครื่องบันทึก การเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกาย

| เครื่องต้นแบบ           | จำนวนครั้งของการออกกำลังกายขา |            | Test-retest reliability |             |                              | Paired differences |                                         |
|-------------------------|-------------------------------|------------|-------------------------|-------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
|                         | วันที่ 1                      | วันที่ 2   | ICC <sub>3,1</sub>      | SEM (ครั้ง) | p-value (95%CI)              | Mean differences   | p-value (95%CI)                         |
|                         | Mean±S.D.                     | Mean±S.D.  |                         |             |                              |                    |                                         |
| เช้า<br>(09.00-11.00น.) | 37.85±6.57                    | 37.80±6.79 | 0.995                   | 0.466       | <0.001**<br>(0.987 to 0.998) | 0.05               | 0.224 <sup>ns</sup><br>(-0.41 to 0.51)  |
| เย็น<br>(18.00-20.00น.) | 41.65±5.92                    | 41.75±5.97 | 0.996                   | 0.371       | <0.001**<br>(0.989 to 0.998) | -0.10              | -0.567 <sup>ns</sup><br>(-0.46 to 0.26) |

\*\* Significant at  $p < 0.01$ ; <sup>ns</sup> Non significance  $p > 0.05$ ; SEM: Standard Error of Measurement; ICC: Intraclass Correlation Coefficient model 3,1

จากตารางที่ 1 แสดงผลการทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของ ร่างกาย พบว่าความน่าเชื่อถือของการประเมินซ้ำในการนับจำนวนครั้งของการออกกำลังกายขาบนเตียงในช่วงเช้า (09.00-11.00น.) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC<sub>3,1</sub>) เท่ากับ 0.995 (95%CI = 0.987 to 0.998) และ มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด (SEM) เท่ากับ 0.466 ครั้ง การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการ ประเมินวันที่ 1 และ 2 ไม่พบค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) สำหรับในช่วงเย็น (18.00- 20.00น.) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC<sub>3,1</sub>) เท่ากับ 0.996 (95%CI = 0.989 to 0.998) และ มีค่า ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด (SEM) เท่ากับ 0.371 ครั้ง การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการ ประเมินวันที่ 1 และ 2 ไม่พบค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )



**ตารางที่ 2** ความสอดคล้องจำนวนครั้งของการออกกำลังกายบนเตียงของการนับด้วยเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายครึ่งล่างของร่างกาย และการนับด้วยตนเอง

|                               | จำนวนครั้งของการออกกำลังกายบนเตียง<br>(Mean±S.D.) | ICC <sub>3,1</sub><br>(95%CI) | CV<br>(%) | SEM<br>(ครั้ง) |
|-------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------|-----------|----------------|
| วันที่ 1:เช้า (09.00-11.00น.) |                                                   |                               |           |                |
| นับด้วยตนเอง                  | 38.40±6.66                                        | 0.995*                        | 0.171     | 0.462          |
| นับด้วยเครื่องต้นแบบ          | 37.85±6.57                                        | (0.978-0.998)                 |           |                |
| เย็น (18.00-20.00น.)          |                                                   |                               |           |                |
| นับด้วยตนเอง                  | 42.40±5.86                                        | 0.994*                        | 0.174     | 0.515          |
| นับด้วยเครื่องต้นแบบ          | 41.65±5.92                                        | (0.848-0.999)                 |           |                |
| วันที่ 2:เช้า (09.00-11.00น.) |                                                   |                               |           |                |
| นับด้วยตนเอง                  | 38.40±6.66                                        | 0.996*                        | 0.174     | 0.420          |
| นับด้วยเครื่องต้นแบบ          | 37.80±6.79                                        | (0.962-0.999)                 |           |                |
| เย็น (18.00-20.00น.)          |                                                   |                               |           |                |
| นับด้วยตนเอง                  | 42.40±5.86                                        | 0.993*                        | 0.139     | 0.489          |
| นับด้วยเครื่องต้นแบบ          | 41.75±5.97                                        | (0.954-0.998)                 |           |                |

\*\* Significant at  $p < 0.01$ ; CV: Coefficient of Variance; ICC<sub>3,1</sub>: Intraclass Correlation Coefficient model 3,1; SEM: Standard Error of Measurement

จากตารางที่ 2 แสดงผลของการวิเคราะห์ความสอดคล้องของการนับจำนวนครั้งการออกกำลังกายบนเตียงด้วยตนเองและโดยใช้เครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายครึ่งล่างของร่างกาย ในตอนเช้าของวันที่หนึ่ง ตอนเย็นของวันที่หนึ่ง ตอนเช้าของวันที่สอง และ ตอนเย็นของวันที่สอง พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC<sub>3,1</sub>) เท่ากับ 0.995, 0.994, 0.996 และ 0.993 ตามลำดับ โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด (SEM) เท่ากับ 0.462, 0.515, 0.420 และ 0.489 ตามลำดับ และ มีค่าสัมประสิทธิ์ของการแปรผัน (CV) เท่ากับ 0.171, 0.174, 0.174 และ 0.139 ตามลำดับ

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัคร พบว่าภาพรวมของระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.35$ , S.D. = 0.57) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าระดับความพึงพอใจในการใช้เครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายครึ่งล่างของร่างกายโดยรวมอยู่ระดับมาก ( $\bar{X} = 4.32$ , S.D. = 0.63) และระดับความพึงพอใจแผนเอกสารการสอนการออกกำลังกายบนเตียงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.39$ , S.D. = 0.53) บ่งชี้ได้ว่าองค์ประกอบของเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายครึ่งล่างของร่างกายและแผนเอกสารการสอนการออกกำลังกายบนเตียงมีคุณภาพสามารถนำไปพิจารณาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านการออกกำลังกายในคลินิกได้ ดังแสดงผลในตารางที่ 3



**ตาราง 3** ความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อองค์ประกอบของเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนล่างของร่างกายและแผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกาย (N=20)

| ความพึงพอใจ                                       | $\bar{X}$   | S.D.        | ระดับความพึงพอใจ |
|---------------------------------------------------|-------------|-------------|------------------|
| <b>เครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย</b>          | <b>4.32</b> | <b>0.63</b> | <b>ดี</b>        |
| ความแข็งแรงของวัสดุอุปกรณ์                        | 4.18        | 0.65        | ดี               |
| กำหนดระยะเวลาสอดคล้องกับเวลารับประทานยา เข้า-เย็น | 4.26        | 0.72        | ดี               |
| ความเหมาะสมของน้ำหนักเครื่อง                      | 4.41        | 0.61        | ดี               |
| การใช้งานง่ายทันสมัยไม่ซับซ้อน                    | 4.33        | 0.67        | ดี               |
| ความปลอดภัยในการใช้งาน                            | 4.43        | 0.63        | ดี               |
| มีขนาดกะทัดรัดเหมาะแก่การใช้งาน                   | 4.27        | 0.73        | ดี               |
| ใช้งานได้จริง                                     | 4.51        | 0.55        | ดีมาก            |
| มีความสะดวกในการเคลื่อนย้าย                       | 4.35        | 0.57        | ดี               |
| ทนทานดูแลรักษาง่าย                                | 4.29        | 0.66        | ดี               |
| <b>แผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกาย</b>             | <b>4.39</b> | <b>0.53</b> | <b>ดี</b>        |
| เนื้อหามีความเหมาะสม                              | 4.40        | 0.64        | ดี               |
| ลักษณะแผ่นเอกสารการสอนมีความเหมาะสม               | 4.38        | 0.58        | ดี               |
| ภาพมีความเหมาะสม                                  | 4.31        | 0.67        | ดี               |
| ขนาด สี และตัวอักษรมีความเหมาะสม                  | 4.42        | 0.71        | ดี               |
| การอธิบายท่าทางการเคลื่อนไหวอย่างง่าย             | 4.46        | 0.61        | ดี               |
| <b>รวม</b>                                        | <b>4.35</b> | <b>0.57</b> | <b>ดี</b>        |

จากตารางที่ 3 แสดงผลของความพึงพอใจของอาสาสมัครในการใช้เครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนล่างของร่างกาย ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ ใช้งานได้จริง ( $\bar{X} = 4.51$ , SD = 0.55) คะแนนต่ำสุดคือ ความแข็งแรงของวัสดุอุปกรณ์ ( $\bar{X} = 4.18$ , SD = 0.65) และความพึงพอใจของอาสาสมัครในการใช้แผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกาย ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ การอธิบายท่าทางการเคลื่อนไหวอย่างง่าย ( $\bar{X} = 4.46$ , SD = 0.61) คะแนนต่ำสุดคือ ภาพมีความเหมาะสม ( $\bar{X} = 4.31$ , SD = 0.67)

### อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบกับงานวิจัยเกี่ยวกับการบริการพยาบาลด้านการออกกำลังกายในคลินิกยังไม่พบว่ามีการวิจัยขึ้นใดที่ได้จัดทำนวัตกรรมเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนล่างของร่างกายแบบอิเล็กทรอนิกส์ควบคู่กับเอกสารการสอนการออกกำลังกายที่ชัดเจนเพื่อเป็นเครื่องมือช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมด้านการออกกำลังกายบนเตียงที่สมบูรณ์ มีคุณภาพ และต่อเนื่องทุกเวลาและทุกวันขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีเฉพาะการติดตามการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโดยการจดบันทึกด้วยมือตามแบบบันทึกที่สร้างขึ้นพร้อมกับการให้ข้อมูลการออกกำลังกายกับผู้ป่วยด้วยสื่อการสอนแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Theerasopon & et al., 2017) จึงนับได้ว่าเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนล่างของร่างกายเป็นนวัตกรรมรูปแบบใหม่ซึ่งยังไม่มีผู้ใดคิดค้นมาก่อน โดยประเด็นที่ได้จากผลการวิจัยผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

#### 1. การศึกษาสภาพการณ์การบริการพยาบาลด้านการออกกำลังกายบางส่วนล่างของร่างกาย



สำหรับการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยได้สะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับบริการด้านการออกกำลังกายในคลินิกเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพื่อรักษากระดูกที่หัก โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่ใช้ในการยืนและเดินและพยุงตัวเนื่องจากได้รับบาดเจ็บที่กระดูกและกล้ามเนื้อขาทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ได้แก่ บุคลากรสุขภาพสอนและชี้แนะในท่าทางการออกกำลังกายบนเตียงแบบต่างๆไปและให้รายละเอียดสั้นๆทำให้เกิดความคลุมเครือว่าปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสม ได้รับคำแนะนำทั้งเหมือนกันและแตกต่างกันทำให้การปฏิบัติบางครั้งเกิดความสับสนไม่มั่นใจว่าต้องออกกำลังกายมากน้อยเพียงไร มุ่งเน้นให้ทำทุกวันบ่อยครั้งทำให้สงสัยว่าบ่อยมากน้อยเท่าไรจึงจะเกิดผลดีต่อร่างกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Markdum & et al. (2017) ที่พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดทำให้ไม่กล้าที่จะบริหารข้อไหล่ กลัวเกิดผลเสียต่อร่างกาย และไม่สามารถจดจำท่าในการบริหารข้อไหล่ได้

ในส่วนการสะท้อนประสบการณ์การให้บริการพยาบาลด้านการออกกำลังกายกับผู้ป่วยที่มีแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายที่เบี่ยงเบนตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพพบว่า นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องในทุกเวลาและทุกวันเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย แต่นักศึกษาไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลด้านการออกกำลังกายในแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากขาดความรู้และทักษะความชำนาญ ขาดข้อมูลย้อนกลับจากการให้การพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานในทุกๆวัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Taiwong & et al. (2017) ที่พบว่านักศึกษาต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง ให้คำแนะนำและดูแลส่งเสริมการบริหารแขน และไหล่หลังการผ่าตัด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อไหล่ติดและส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน และต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาพัฒนาแนวคิดในทิศทางของการมีสื่อการสอนแนวทางการออกกำลังกายที่ชัดเจนตามมาตรฐานการพยาบาล และมีการแสดงข้อมูลป้อนกลับไปสู่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการในแต่ละวันเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมการออกกำลังกายในคลินิกอย่างต่อเนื่อง

## 2. การพัฒนารูปแบบนวัตกรรมเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย

งานวิจัยนี้เป็นการมุ่งเน้นการพัฒนาเครื่องบันทึกและแผ่นเอกสารการสอนการเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนล่างของร่างกายสำหรับผู้ป่วยที่มีแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายที่เบี่ยงเบนตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพในขณะที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผ่านกระบวนการวิจัย 5 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 กำหนดองค์ประกอบ ขั้นตอนที่ 2 ร่างต้นแบบ ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องต้นแบบ ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบต้นแบบ ขั้นตอนที่ 5 ประเมินและปรับปรุงต้นแบบ บนพื้นฐานของการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการการบริการพยาบาลด้านการออกกำลังกายในคลินิก (Search & Situation) ที่สะท้อนจากประสบการณ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่เกิดขึ้นจริง อธิบายได้ดังนี้

จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการแนวทางการออกกำลังกายขาบนเตียงที่ถูกต้อง เหมาะสมชัดเจน ผู้วิจัยได้พัฒนาแผ่นเอกสารการสอนการเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนล่างของร่างกายที่แสดงท่าทางปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้ป่วย จากการประยุกต์ใช้หลักการของการออกกำลังกายแบบการเคลื่อนไหวตามพิสัยของข้อโดยผู้ออกกำลังกายเองทั้งหมดและไม่มีแรงจากภายนอกมากระทำ (Active range of motion) ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายข้อเองทั้งหมดเพื่อป้องกันข้อติดหรือเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้ออย่างน้อยวันละ 2 รอบ (set) เนื่องจากเมื่อมีการอักเสบ บาดเจ็บ หรือขาดการเคลื่อนไหว (immobilization) จะมีผลทำให้พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อค่อยๆ ลดลง ในผู้ที่ยังไม่มีข้อติดแต่เสี่ยงต่อภาวะข้อติดเช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง หรือบวม



รอบๆ ข้อ การขยับข้อให้สุดพิสัยการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันข้อติด แต่ในผู้ป่วยที่มีข้อติดแล้วการขยับข้อทำให้เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (Kitisomprayunkun & et al., 2017)

จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการส่งเสริมการออกกำลังกายในคลินิกอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกาย จากการประยุกต์ใช้แนวคิดช่องทางการสื่อสารทางระบบอินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์มือถือที่เปรียบเสมือนคอมพิวเตอร์ขนาดเล็กที่มีระบบรับส่งข้อมูลดิจิทัลเชื่อมต่ออุปกรณ์สมองกล (Rumyaku, 2018) กล่าวคือ สร้างเครื่องต้นแบบอิเล็กทรอนิกส์ทำหน้าที่เป็นอุปกรณ์วัดการสั่นสะเทือนที่ถูกกระทำโดยการเคลื่อนไหวขา เมื่อเกิดการสั่น ระบบจะส่งสัญญาณดิจิทัลออกมา และแสดงข้อมูลจำนวนครั้งของการออกกำลังกายประจำวันที่ป้อนกลับไปสู่ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการทางแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์เคลื่อนที่ อีกทั้งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการเรียนรู้การสอนเด็ก Generation Z ที่มีลักษณะไม่ค่อยมีความอดทนในการรอคอยคำตอบ ต้องการเห็นผลลัพธ์ทันที สังคมของเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะอยู่บนอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นช่องทางที่ใช้ติดต่อสื่อสารขอความช่วยเหลือตลอดจนแสดงความคิดเห็น (Wongsaree, 2015)

ดังนั้นจุดเด่นของนวัตกรรมเครื่องบันทึกและแผ่นเอกสารการสอนการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกาย คือ การสื่อสารแบบ Mobile Device เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายในคลินิกที่ถูกต้องและอย่างต่อเนื่อง

### 3. การประเมินความน่าเชื่อถือของนวัตกรรมเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกาย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายนั้นสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีความเที่ยงในการวัดซ้ำระหว่างวันที่ 1 และ 2 ของการนับจำนวนครั้งการออกกำลังกายขาบนเตียงช่วงเวลาเช้า-เย็นอยู่ในระดับดีมาก (ICCs = 0.995 และ 0.996) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานจากการวัดซ้ำน้อย (SEM = 0.466 และ 0.371 ตามลำดับ) และมีค่าความสอดคล้องกับการนับจำนวนครั้งการออกกำลังกายขาบนเตียงด้วยตนเองช่วงเวลาเช้า-เย็นทั้งสองวันอยู่ในระดับดีเยี่ยม (ICCs = 0.995, 0.994, 0.996 และ 0.993 ตามลำดับ) อีกทั้งผู้ใช้งานมีความพึงพอใจต่อองค์ประกอบของเครื่องบันทึกและแผ่นเอกสารการสอนการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายในภาพรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 4.35, SD = 0.57) อธิบายได้ว่า

การศึกษานี้ทำการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องต้นแบบโดยเปรียบเทียบกับ การนับจำนวนครั้งด้วยตนเองเป็น gold standard ซึ่งทำการเก็บข้อมูลตอบหาผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้นับและจดบันทึกจำนวนครั้งของการออกกำลังกายด้วยตนเอง ข้อมูล gold standard ที่ได้จึงเป็นข้อมูลจากการปฏิบัติในขณะนั้นจริง ทำให้ข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือมากขึ้น

การออกแบบการวิจัยที่ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest procedure) ซึ่งความคลาดเคลื่อนที่เกิดดังผลการทดลองนั้นถือเป็นความคลาดเคลื่อนที่น้อยมาก (SEM = 0.466 และ 0.371) เมื่อเทียบกับการทำงานของอุปกรณ์ต้นแบบกับการนับจำนวนครั้งด้วยตนเอง ดังนั้นอุปกรณ์ต้นแบบจึงค่อนข้างมีความแม่นยำและมีประสิทธิภาพในการนับจำนวนครั้งของผู้ใช้งานจริงอยู่มาก

ระบบวิเคราะห์การนับจำนวนครั้งการออกกำลังกายแบบ Active Range of Motion ของเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย มีส่วนประกอบที่สำคัญคือ โมดูลเซ็นเซอร์ตรวจจับความสั่นสะเทือน (Vibration Sensor Module) ทำงานโดยใช้ตัวรับรู้การสั่นสะเทือนแบบสวิตช์สปริง เมื่อเกิดการเคลื่อนย้ายโมดูลจะทำให้เกิดการสั่นซึ่งทำให้เกิดสัญญาณออกทางเอาต์พุตส่งสัญญาณออกมาเป็นดิจิทัลส่งสัญญาณแจ้งเตือนไปยังสมาร์ทโฟน ซึ่งในการเขียนโปรแกรม (ชิพของโมดูล ESP8266) เพื่อตรวจจับการใช้การนับจำนวนพัลส์ที่เกิดจากการเคลื่อนโมดูลในคาบเวลาสั้นๆ ซึ่งตัวโมดูลเองก็สามารถปรับตั้งความไวได้แบบ Digital เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกท่าทางออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของขาขึ้นลง จำนวน 4 ท่าทาง (ตัด 3 ท่าทางเกี่ยวกับการเกร็งกล้ามเนื้ออยู่ก้นที่ เนื่องจากมีระดับการสั่นสะเทือนที่เซ็นเซอร์ไม่สามารถตรวจจับได้) มาดำเนินการทดสอบ เครื่องต้นแบบจึงสามารถตรวจจับความ





เคลื่อนไหวได้สอดคล้องกับการนับจำนวนครั้งด้วยตนเองระดับดีมาก ( $ICCs = 0.995, 0.994, 0.996$  และ  $0.993$ ) อย่างไรก็ตามยังไม่มีการวิจัยก่อนหน้านี้ที่ใช้กระบวนการทดสอบเดียวกันหรือมีความใกล้เคียงกับกระบวนการทดสอบในงานวิจัยชิ้นนี้มาใช้เปรียบเทียบ

จากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้งานต่อองค์ประกอบของเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่วนล่างของร่างกายโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 4.32, SD = 0.63$ ) สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ว่า ในปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศถือว่าเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้เพื่อการปรับปรุงคุณภาพด้านการให้บริการรักษาผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังเป็นการแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มคุณภาพในการบันทึกทางการพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thanathornwong & Engsomboon (2017) ที่มีการพัฒนาอุปกรณ์การยศาสตร์อัจฉริยะชนิดเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถให้ข้อมูลป้อนกลับมุมการเคลื่อนไหวของศีรษะและแขนส่วนบนในทันทีสำหรับนำมาใช้ในการปรับท่าทางการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

จากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้งานต่อองค์ประกอบของเอกสารการสอนโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 4.39, SD = 0.53$ ) สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ว่า การพัฒนาให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพในประชากรต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีเกิดขึ้นได้จากการดำเนินงานสุขศึกษา (health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (communication activities) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanchanlert (2014) ที่นำโปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันอาการปวดหลัง สามารถลดอาการปวดหลังช่วยให้สมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น และการให้บริการกายภาพบำบัดเชิงรุกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และลดการเป็นซ้ำ

ดังนั้นผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษานี้สามารถสรุปได้ว่า เครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายและแผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกาย มีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิกในการให้บริการพยาบาลด้านการออกกำลังกายร่างกายส่วนล่างของร่างกายบนเตียงกับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล พร้อมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับไปสู่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการในแต่ละวัน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้มีเครื่องมือสำหรับให้คำแนะนำการออกกำลังกายบนเตียงที่ถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสม และทันสมัยต่อการติดตามความก้าวหน้าในการออกกำลังกายบนเตียงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกวันได้
2. ด้านประโยชน์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการนอนพักบนเตียงขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้มีเครื่องมือสามารถนำเนื้อหาความรู้ไปพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของรายวิชาที่สอดคล้องกับการให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรนำเครื่องบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างของร่างกายและแผ่นเอกสารการสอนการออกกำลังกายชุดนี้ไปใช้จริงในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงต่อไป



2. ควรมีการพัฒนากระบวนการทำงานในการตรวจจับความสั่นไหวของเครื่องต้นแบบให้มีความไวเพิ่มขึ้น (Sensitivity) และ การได้รับข้อมูลป้อนกลับที่แสดงผลบน Application line แบบ real time เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาลในคลินิกเพิ่มขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- Chotiban. P., Nawsuwan, K., Nontaput, T., & Rodniam, J. (2013). Innovation of Assisted Models for Practicing Basic Nursing Skills. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 5(3), 1-12. (in Thai).
- Chuenjit, K. & Ua-kit, N. (2017). The Effect of Leg Exercise Combined with Reflexology on Femoral Venous Blood Flow Velocity in Post Abdominal Surgery Patients. *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(1), 163-177. (in Thai).
- Donaghy, S. & Wass, P.J. (1998). Inter-rater reliability of functional assessment in a brain injury programme. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1231-1236.
- Hanchanlert, Y. (2014). Effectiveness of Education Program on Correct Posture and Daily Exercise in Reducing and Preventing Back Pain in Patients with Chronic Low Back Pain, Kuean Sub-district, Kosumpisai District, Mahasarakam Province. *Journal of Health Science*, 22(4), 601-608. (in Thai).
- Jirojanakul, P. (2013). *Nursing Research: Concepts Principle and Practice*. (3<sup>rd</sup> ed.). Bangkok: the Prabommarajchanok Institute for academic Development. (in Thai).
- Khamnuan, P., Chuayunan, N. & Deaupakarakul, S. (2018). Efficacy of Clinical Practice Guidelines for Prevention Pressure Injury in Risk Patients, Phayao Hospital. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*, 3(2), 89-101. (in Thai).
- Kitisomprayunkun, W., Yotnuangnit, P., & Panyasiwanit, S. (2017). *Rehabilitation Medicine Textbook*. Bangkok: Chula Print. (in Thai).
- Makaluck, B. (2018). Expectation and Perception of Patients regarding to Service Quality, Inpatient Department, Napalai Hospital. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*. 3(2), 19-27. (in Thai).
- Markdum, J., Thanasilp, S., & Pudtong, N. (2017). The Effects of a Shoulder Exercise Program Combined with Qigong on Ability to Shoulder Function of Breast Cancer Patients after Mastectomy. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(1), 38-52. (in Thai).
- Phamornpon, S. (2016). The Role of Nurses in Promoting Early Postoperative Ambulation. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 9(2), 14-23. (in Thai).
- Phoodaangau, B., Klankaradi, K., Ketjirachot, R. (2015). Post-Delivery Hospitalisation Experience of Mothers with Pre-Natal Bleeding Caused by Placenta Previa: A Qualitative Study. *Thai Journal of Nursing Council*, 30(3), 80-97. (in Thai).
- Plyyong, S., Hanprasitkam, K. & Manyanon, S. (2018). A Feasibility Study of an Exercise Program on Fatigue of Hospitalized Patients with Acute Myeloid Leukemia undergoing Chemotherapy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(1), 127-135. (in Thai).



- Pundee, J., Chayaput, P., Chanruangvanich, W., & Wannatoop, T. (2019). Predictors of Functional Restoration in Extremity Injury Patients. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 34(4), 48-63. (in Thai).
- Rumyakul, P. (2018). Mobile Revolution: A Study of Factors Causing a Step to Mobile Age in Thailand, and Following Impacts. *Siam Communication Review*, 17(22), 45-53. (in Thai).
- Taiwong, A., Anekwit, N., Saraphok, W., Urakeaw, N., Jitsawa, N., Phawpolsong, N., Janthee, B., Phatithanto, M., Rattanapholpan, L., & Makaew, S. (2017). Innovative Set to Promote Arms and Shoulders Exercise after Breast Surgery: From Evidence Based Practice to Innovation. *Mahasarakham Hospital Journal*, 14(3), 114-124. (in Thai).
- Tayakee, K., Siritarungsri, B., & Wipassilapa, S. (2016). Professional Nurses's Readiness towards International Nursing Service Excellence at a Tertiary Hospital in Bangkok Metropolitan. *Journal of The Police Nurses*, 8(2), 107-118. (in Thai).
- Tammanee, M. (2017). An analysis of nursing documentation of COPD's patient records in the Inpatient Department, Tha Sae hospital, Chumphon Province. *Region 11 Medical Journal*, 31(1), 131-141. (in Thai).
- Thanathornwong, B. & Engsomboon, N. (2017). A Comparative Study of Head and Upper Arm Movement Angle among Srinakharinwirot University Dental Students during the Intelligent Ergonomics Trainer with or without Feedback. *Srinakharinwirot University Dental Journal*, 10(2), 11-26. (in Thai).
- Theerasopon, P., Muangpin, S., Neelasamith, S., Najmuangjun, S., Chattanapanich, A & Hansittiporn, K. (2017). The Effects of Promoting Maternal Mobility and Upright Positions during the First Stage of Labor. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(1), 1-13. (in Thai).
- Wongsaree, C. (2015). Clinical Teaching in Adult Nursing Practicum Course for Generation Z Collegian. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 31(2), 130-140. (in Thai).
- Yimprasert, N., Prasertsong, C., & Khungtumneam, K. (2015). The Development of Nursing Practice Guideline on Behavior Management of Diet and Exercise for Blood Glucose Control of Type II Diabetes. *Kasem Bundit Journal*, 16(2), 61-81. (in Thai).



## Self-Care Behaviors among Patients with Urinary Stone at Samut-Sakhon Hospital

Rungrawee Sinla\*

(Received: June 21, 2020, Revised: July 28, 2020, Accepted: September 27, 2020)

### Abstract

Urinary stone disease is a public health problem of Thai people. This study research is the Self-care behaviors of patients with urinary stone at Samut-Sakhon Hospital with the objective to 1) study the self-care behaviors level of patients with urinary stone and 2) study the factors effected the self-care behaviors of patients with urinary stone. This research method was descriptive cross-sectional survey used interview with questionnaires among 250 patients who were attended to cure at Samut-Sakhon hospital. The statistical methods used to analyze personal data were percentage, mean, standard deviation and analyze the factors effected the self-care behaviors of patients with urinary stone with multiple regression analysis. This result showed that most samples have the middle level of the Self-care behaviors ( $\bar{x} = 3.15$ ,  $SD = 0.722$ ) and the factors effected the Self-care behaviors were the education level, occupational and the household environmental conditions at the significant level 0.05. According to this study, we recommend that nurse should advise the people about this disease to protect complication. In the next future research, we suggest that the qualitative research should be carried out each context of the country especially risk factors of food taking and drinking behaviors and so on.

**Keywords:** Urinary stone; Self-care behaviors

---

\* Registered nurse, Professional level, Out- patient Department, Samut-sakhorn Hospital



## พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

รุ่งระวี สีนลา\*

(วันรับบทความ: 21 มิถุนายน 2563, วันแก้ไขบทความ: 28 กรกฎาคม 2563, วันตอบรับบทความ: 27 กันยายน 2563)

### บทคัดย่อ

นี้ในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในประเทศไทย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 250 ราย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์หาปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ ระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.15, SD = 0.722$ ) และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ระดับ.05 ได้แก่ 1) ระดับการศึกษา 2) อาชีพ และ 3) สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยใกล้เคียง ดังนั้นควรส่งเสริมความรู้ให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคนี้ ส่วนข้อเสนอแนะจากการวิจัยควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในแต่ละบริบทของประเทศโดย เฉพาะปัจจัยด้านโภชนาการและพฤติกรรมดื่มน้ำที่ เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะต่อไป

**คำสำคัญ:** โรคนี้ระบบทางเดินปัสสาวะ; พฤติกรรมการดูแลตนเอง

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, แผนกตรวจโรคผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร





## บทนำ

นิ่วเป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการเกิดโรคนิ่วในไตในปี พ.ศ. 2551 เท่ากับ 108.42 ต่อ 100,000 ของประชากร ในปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 107.77 ในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 118.98 ต่อ 100,000 ของประชากร และในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 122.46 ต่อ 100,000 และพบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตรา 174.672 (Kongkiatkul, S., 2012) จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคนิ่วไตและทฤษฎีทางเคมี-กายภาพ (Physicochemical theory) พบว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดนิ่วไต คือปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม โดยสาเหตุแต่ละด้านจะมีผลต่อการก่อตัวของผลึกนิ่วไตและเชื่อมโยงส่งเสริมกันทำให้เกิดก้อนนิ่วขึ้นและมีผลต่อการเพิ่มขนาดของก้อนนิ่วได้เร็วขึ้นได้ (Asplin, J., 2008) และยังมีอีกหลายการศึกษาที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดนิ่วไตในประชากรกลุ่มต่างๆ ทั่วโลกหรือในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ส่วนสาเหตุการเกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เป็นที่ยอมรับกันว่ามีหลายปัจจัยด้วยกันที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่ออุบัติการณ์ของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะคือปัจจัยภายใน บุคคล ได้แก่ เชื้อชาติพันธุกรรม อายุ เพศ ปัจจัย ภายนอกบุคคลได้แก่ภูมิประเทศ น้ำดื่ม อาหาร อาชีพ ซึ่งจะมีผลต่อประชาชนมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ (Boonthong, T., & Muktabhant, B., 2018) ส่งผลให้ความผิดปกติทางเมตาบอลิก (metabolic abnormality) และความผิดปกติขององค์ประกอบในปัสสาวะ ทำให้มีสารยับยั้งนิ่วในปัสสาวะ (stone inhibitors) ได้แก่ ซีเตรต โพแทสเซียมแมกนีเซียมในระดับต่ำและ/หรือมีสารก่อนิ่วในปัสสาวะ (stone aggregators) ได้แก่ แคลเซียม ออกซาเลต ฟอสเฟต และยูเรตในระดับสูง ความผิดปกติของสมดุลของสารเหล่านี้ในปัสสาวะเป็นปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิกที่สำคัญของการเกิดนิ่ว (stone metabolic risk factors) ร่วมกับปัจจัยเสริม คือ ปริมาตรของปัสสาวะน้อย (low urine volume) ทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นของสารก่อนิ่วในปัสสาวะและเหนียวน้ำให้เกิดผลึกนิ่วในระบบปัสสาวะเช่น มีการตกผลึกแคลเซียม ออกซาเลต หรือแคลเซียมฟอสเฟตจะติดค้างจนกลายเป็น ก้อนนิ่วที่ไต รายงานวิจัยพบว่าชนิดของนิ่วที่พบมากที่สุด ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย คือ นิ่วแคลเซียมออกซาเลต และผลึกนิ่วที่พบมากที่สุดที่เป็นองค์ประกอบของก้อนนิ่ว คือ calcium oxalate monohydrate (Tosukhowong, p., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่ามีการวิจัยที่เกี่ยวข้องและปัจจุบันได้มีการศึกษาค้นคว้าน้อยจากการศึกษาของ ทิพย์สุคนธ์ บุญทองเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะวัยผู้ใหญ่พบว่ากลุ่มที่กินอาหารที่มีออกซาเลตสูงบ่งชี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ่วมากกว่ากลุ่มที่กินไม่บ่อยและการกินยาเม็ดเสริมแคลเซียมเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดนิ่ว (Boonthong, T., 2018) สอดคล้องกับงานวิจัยของลักษณะพรหมกลีกร พบว่าในผู้ป่วยนิ่วไตมีการรับรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดนิ่วไตโดยรวมอยู่ในระดับน้อยและมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมากทำให้ผู้ป่วยนิ่วไตมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Promkasikorn, L., 2015) การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness perception) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเนื่องจากนิ่วไตมีสาเหตุ จากพฤติกรรมกินและปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง หากผู้ป่วย ไม่เข้าใจและรับรู้ในข้อมูลที่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะไตเรื้อรังและภาวะยูริเมียและถึงแก่ชีวิตในที่สุด (Pakkasung, Y., 2019)

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีควบคุมอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองเป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีผลช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนากำหนดได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลซึ่งการเรียนรู้จากสถานการณ์



จริงการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน เพื่อที่จะนำมาจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปด้วยความผาสุกในภาวะปกติ (Orem, D., 2011) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะได้โดยมีอิทธิพลที่สูงเช่นเดียวกัน (Tracy, C.R., 2014) ซึ่งทางทีมผู้วิจัยได้นำทฤษฎีของโอเรม มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมลดโอกาสการเกิดเป็นซ้ำและลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่

จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นและที่ได้รวบรวมจากแหล่งต่างๆ ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะยังมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสมและจากจำนวนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ แผนกสลายนิ่ว ณ โรงพยาบาลสมุทรสาครพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวน 4,551 ราย ปี พ.ศ.2561 มีจำนวน 5,780 รายและในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 6,528 ราย ซึ่งถือว่าจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นทางผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นจึงเลือกที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ ที่มารับบริการที่แผนกสลายนิ่ว ณ โรงพยาบาลสมุทรสาครเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ BMI การศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา สภาพแวดล้อมในครัวเรือนและ ประวัติครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ

### สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ BMI การศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา สภาพแวดล้อมในครัวเรือนและประวัติครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีของโอเรมเชื่อว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองได้แก่ ความรู้ รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา รวมถึงความตระหนักถึงผลของปัจจัยบางอย่าง เช่น อายุ เพศ อาชีพ เชื้อชาติ สิ่งแวดล้อมและความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลและระยะเวลาการเป็นโรค (Orem DE., 2011)

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา การศึกษาในครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาในประเด็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ BMI การศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา สภาพแวดล้อมในครัวเรือนและ ประวัติครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ 2) ด้านประชากร ผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะที่มารับบริการที่แผนกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ณ โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 597 คน 3) ด้านพื้นที่ แผนกตรวจโรคผู้ป่วย



คัลกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร 4) ด้านเวลา งานวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจในระบบทางเดินปัสสาวะที่มารับบริการที่แผนก คัลกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ณ โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 597 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** ในการศึกษาครั้งนี้เป็น ผู้ป่วยโรคหัวใจในระบบทางเดินปัสสาวะที่มารับบริการที่แผนก คัลกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ณ โรงพยาบาลสมุทรสาครทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถพูดฟังภาษาไทยได้ สื่อความหมายได้ดี และให้ความยินยอมในการตอบแบบสอบถามโดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ใช้การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม 2563 จำนวน 597 ราย โดยใช้สูตรการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรโดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ดังสูตรของ Taro, Y., (1983) ดังนี้

$$n = \frac{N^2}{1 + N(e)^2}$$

สูตร n = 597

N = จำนวนประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ =

แทนค่า

$$n = \frac{597^2}{1 + 597(0.05)^2}$$

n = 239.75

เพื่อลดค่าความคลาดเคลื่อนจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คนและได้คัดเลือกคุณสมบัติโดย มีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ
- 2) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้
- 3) มีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยและเต็มใจในการตอบข้อซักถาม
- 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้

#### เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจและไม่ประสงค์ยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 2) ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีภาวะวิกฤติระหว่างการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้



**ส่วนที่ 1 :** แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษาสูงสุด ประวัติการเป็นโรคหัวใจในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2 :** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยแบ่งออกเป็น 7 ด้าน จำนวน 60 ข้อ ดังนี้

- 1.พฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร จำนวน 29 ข้อ
- 2.พฤติกรรมการดูแลตนเองในการขับถ่ายปัสสาวะ จำนวน 13 ข้อ
- 3.พฤติกรรมการดูแลตนเองในการมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม จำนวน 3 ข้อ
- 4.พฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการเพื่อบรรเทาความเครียด จำนวน 6 ข้อ
- 5.พฤติกรรมการดูแลตนเองในการแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ จำนวน 3 ข้อ

6.พฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานยาตามแผนการรักษา จำนวน 1 ข้อ

7.พฤติกรรมการดูแลตนเองในการปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวน 5 ข้อ

โดยแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบของลิเคิร์ต (Likert's scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีการปฏิบัติน้อยที่สุด มีการปฏิบัติน้อย มีการปฏิบัติปานกลาง มีการปฏิบัติมาก และ มีการปฏิบัติมากที่สุด โดยกำหนดคะแนนในการตอบแบบสอบถาม 5 ระดับดังนี้

|                        |                         |   |
|------------------------|-------------------------|---|
| มีการปฏิบัติมากที่สุด  | ให้น้ำหนักหรือคะแนนเป็น | 5 |
| มีการปฏิบัติมาก        | ให้น้ำหนักหรือคะแนนเป็น | 4 |
| มีการปฏิบัติปานกลาง    | ให้น้ำหนักหรือคะแนนเป็น | 3 |
| มีการปฏิบัติน้อย       | ให้น้ำหนักหรือคะแนนเป็น | 2 |
| มีการปฏิบัติน้อยที่สุด | ให้น้ำหนักหรือคะแนนเป็น | 1 |

การแปลความหมายของข้อมูล จึงได้กำหนดเกณฑ์โดยใช้คะแนนเฉลี่ยตามแนวทาง ดังนี้

|                    |           |                               |
|--------------------|-----------|-------------------------------|
| คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ | 4.51-5.00 | หมายถึงมีการปฏิบัติมากที่สุด  |
| คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ | 3.51-4.50 | หมายถึงมีการปฏิบัติมาก        |
| คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ | 2.52-3.50 | หมายถึงมีการปฏิบัติปานกลาง    |
| คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ | 1.51-2.50 | หมายถึงมีการปฏิบัติน้อย       |
| คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ | 1.00-1.50 | หมายถึงมีการปฏิบัติน้อยที่สุด |

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจนและความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุม และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามที่สร้างขึ้นกับนิยามตัวแปร โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ 0.90

**การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน



30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ( $\alpha > 0.8$ ) ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ 0.89

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 250 ราย ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะทำความเข้าใจ ชี้แจงวิธีการเข้าร่วมวิจัย แล้วให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้วิจัยอ่านใบยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างฟังก่อนเซ็นชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลนำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และนำข้อมูลมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองผู้ป่วยโรคนี้ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการแนะนำตัวและให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจและชี้แจงให้ทราบว่าสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสมุทรสาคร (SKH REC 23/2563/V.1)

### ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.15$ , S.D. = 0.722) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการรับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x} = 4.84$ , S.D. = 0.455) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอยู่ในระดับ มาก ( $\bar{x} = 4.10$ , S.D. = 0.757) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $M = 3.31$ , S.D. = 1.00) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในด้านการแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.30$ , S.D. = 1.847) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการเพื่อบรรเทาความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.80$ , S.D. = 1.727) ส่วนด้านที่อยู่ในระดับน้อย คือ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการรับประทานอาหารในภาพรวม ( $\bar{x} = 2.04$ , S.D. = 0.319) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านดื่มน้ำประปา อยู่ในระดับน้อยที่สุด ( $\bar{x} = 1.57$ ) เมื่อพิจารณาระดับการให้คะแนนจำแนกประเภท คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 5 ลำดับแรก ได้แก่





ข้อคำถาม ท่านรับประทานอาหารประเภทแคลเซียมสูงคือไข่ มีคะแนนสูงสุด อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.04$ ) รองลงมาคือท่านดื่มน้ำประปาที่ผ่านกระบวนการกรองแล้ว/น้ำถังสีขาว อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.93$ ) ถัดไปคือ ท่านรับประทานอาหารประเภทพวีนสูง คือ หมู วัว อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.81$ ) ท่านรับประทานอาหารประเภทพวีนสูง คือ ปลาไส้ตัน/น้ำปลา อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.62$ ) และท่านรับประทานอาหารประเภทพวีนสูง คือ ไก่ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.60$ ) ส่วนด้านที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการขับถ่ายปัสสาวะ ( $\bar{x} = 1.72$ , S.D. = .992) ตามตาราง 1

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะรายด้าน

| พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ | $\bar{x}$ | S.D. | แปลผล     |
|--------------------------------------|-----------|------|-----------|
| ด้านการรับประทานอาหาร                | 2.04      | .319 | น้อย      |
| ด้านการขับถ่ายปัสสาวะ                | 1.72      | .992 | น้อย      |
| ด้านออกกำลังกาย                      | 3.31      | 1.00 | ปานกลาง   |
| ด้านการบรรเทาความเครียด              | 2.80      | .727 | ปานกลาง   |
| ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือ           | 3.30      | .847 | ปานกลาง   |
| ด้านการรับประทานยา                   | 4.84      | .455 | มากที่สุด |
| ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา         | 4.10      | .757 | มาก       |
| รวม                                  | 3.15      | .722 | ปานกลาง   |

**ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ**  
**ปัจจัยส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 38.4 (96 คน) และเพศหญิง ร้อยละ 61.6 (154 คน) มีอายุอยู่มากกว่า 60 ปี ร้อยละ 36.0 (90 คน) ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25-29.9 kg.m<sup>2</sup> ร้อยละ 32.8 (82 คน) การวินิจฉัยโรคเป็นโรคนี้ในไต ร้อยละ 57.2 (143 คน) โรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.0 (95 คน) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.8 (102 คน) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 28.4 (71 คน) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 30.4 (76 คน) มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 67.2 (168 คน) รองลงมาคือภาคอีสาน ร้อยละ 13.6 (34 คน) มีสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยใกล้ถนน ร้อยละ 43.2 (108 คน) ไม่มีประวัติในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคนี้ ร้อยละ 68.8 (172 คน)

จากการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระ 3 ตัว ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .022, .023 และ .013 ได้แก่ 1) ระดับการศึกษา 2) อาชีพ และ 3) สภาพแวดล้อมในครัวเรือนโดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดได้แก่สภาพแวดล้อมในการทำงาน รองลงมาคือระดับการศึกษาและอาชีพ ( $B=0.34, 0.24, 0.14$  ตามลำดับ) และสามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ดังนี้  
 พฤติกรรมการดูแลตนเอง =  $2.676 + 0.34(\text{สภาพแวดล้อม}) + 0.24(\text{ระดับการศึกษา}) + 0.14(\text{อาชีพ})$



ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคนี้

| ตัวแปร                    | B     | Std. Error | Beta  | t      | Sig   |
|---------------------------|-------|------------|-------|--------|-------|
| Constant                  | 2.676 | .168       |       | 15.903 | .000  |
| 1. เพศ                    | .001  | .038       | .001  | .019   | .985  |
| 2. อายุ                   | -.005 | .016       | -.022 | -.330  | .742  |
| 3. BMI                    | -.027 | .016       | -.113 | -1.643 | .102  |
| 4. การศึกษา               | .024  | .010       | .174  | 2.301  | .022* |
| 5. อาชีพ                  | .015  | .007       | .139  | 2.282  | .023* |
| 6. รายได้                 | -.019 | .013       | -.107 | -1.449 | .149  |
| 7. ภูมิลำเนา              | -.034 | .021       | -.106 | -1.576 | .116  |
| 8. สภาพแวดล้อมในครัวเรือน | .034  | .014       | .184  | 2.505  | .013* |
| 9. ประวัติครอบครัว        | -.004 | .017       | -.023 | -.340  | .832  |

R = .455 R<sup>2</sup> = .207, Adjusted R square = .173, F= 6.225 Sig=.000

### อภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 38.4 (96 คน) และเพศหญิง ร้อยละ 61.6 (154 คน) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Boonthong, T., & Muktabhant, B., (2018) ที่พบว่ากลุ่มที่เป็นนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายร้อยละ 77.1 มีอายุอยู่มากกว่า 60 ปี ร้อยละ 36.0 (90 คน) ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25-29.9 kg.m<sup>2</sup> ร้อยละ 32.8(82 คน) การวินิจฉัยโรคเป็นโรคนี้ในไต ร้อยละ 57.2 (143 คน) โรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.0 (95 คน) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.8 (102 คน) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 28.4 (71 คน) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 30.4(76 คน) มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 67.2 (168 คน) รองลงมาคือภาคอีสาน ร้อยละ 13.6 (34 คน) มีสภาพแวดล้อมในครัวเรือน ร้อยละ 43.2 (108 คน) สอดคล้องกับ Kaewwiset, P., (2017) ที่พบว่า ส่วนใหญ่สภาพสิ่งแวดล้อมภายในครัวเรือนของผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดนี้ระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 70.9 (95% CI: 58.74 to 81.69) ไม่มีประวัติในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคนี้ ร้อยละ 68.8(172 คน)

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะโดยรวมพบว่าผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงรำน้อยที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Aumbangtarad, A.,2014) และสอดคล้องกับ (Kaewwiset P., 2017) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการป้องกันนี้ระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับอยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับนี้ระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ อาจโดยวิธีการให้ความรู้เพื่อให้เกิดเจตคติ และการปฏิบัติที่ดีต่อไป สอดคล้องกับ Haiming Luo et al. (2014) ซึ่งได้ศึกษาการสัมผัสความร้อนและผลต่อการเกิดนี้ระบบทางเดินปัสสาวะในกลุ่มผู้ทำงานกลางแจ้งพบว่าสัดส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับการสัมผัส ความร้อนของผู้ทำงานกลางแจ้งที่ส่งผลต่อการเกิดนี้ระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 34



**ระดับการศึกษา**มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.8 (132 คน) รองลงมา คือ ระดับ มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 13.6 (30 คน) และจำนวนน้อยที่สุด คือ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 3.2 (8 คน) ทั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นชาวชนบทและอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Weinberg et al., 2014) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคนี้ที่จบระดับประถมศึกษาเป็นตัวแทนที่สามารถทำนายการเกิดโรคนี้ได้มากกว่าผู้ที่เรียนจบระดับสูงกว่าถึง 1.43 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Sritisan P., Suwanarat A., Jailungka J., 2012) พบว่า ระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

**ระดับอาชีพ**มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ คนที่ทำงานใช้แรงงานตลอดเวลา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกกว่าคนที่ใช้แรงงานน้อย 8.9 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonthong, T., & Muktabhant, B., (2018) ที่พบว่าอาชีพใช้แรงงานเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้ สอดคล้องกับ (Turney, B., 2014) ที่พบว่า คนที่ประกอบอาชีพใช้แรงงานและเกษตรกรรมมีโอกาสเกิดโรคนี้สูง

**สภาพแวดล้อมในครัวเรือน** มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยใกล้โรงงาน ร้อยละ 42.7 (64 คน) รองลงมาคือ ใกล้ถนน ร้อยละ 30.0 (45 คน) และน้อยที่สุดคือ ไม่อยู่ใกล้กับสิ่งแวดลอมที่กล่าวมา ร้อยละ 7.3 (11 คน) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Kaewwiset, P., 2017) ส่วนใหญ่สภาพสิ่งแวดล้อมภายในครัวเรือนของผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 70.9 (95%CI: 58.74 to 81.69)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการส่งเสริมสุขภาพควรส่งเสริมความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ป้องกันการเป็นนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงโดยมุ่งเน้นกิจกรรมในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้ใช้แรงงาน และกลุ่มที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพเป็นต้น และควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อหารูปแบบการป้องกันและการควบคุมโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะในกลุ่มเหล่านี้ในบริบทอื่นๆต่อไป

### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

1. ศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยสถานบริการอื่นๆ เจาะลึกในประเด็นระดับการศึกษา อาชีพ สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และด้านโภชนาการเพื่อให้ทราบรูปแบบพฤติกรรมการดูแลตนเองในบริบทอื่นๆต่อไป

2. ศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อใช้เป็น แนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป



### เอกสารอ้างอิง

- Asplin, J. (2008). Evaluation of the kidney stone patient. *Seminars in Nephrology*, 28(2), 99-110. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semnephrol.2008.01.001>
- Aumbangtarad, A. (2014). Factor related with the effect of self-care among diabetes mellitus and/or hypertension patients at chiengragnoi sub-district hospital, pranakorn-sriayutaya province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 4(3),194-207 (in Thai)
- Boonthong, T., & Muktabhant, B. (2018). Factors associated with the occurrence of urinary stone disease of adults living in Takrai-Nalare village, Nasi Nuan sub-district, Mukdahan province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, Vol21(1): 56-64 (in Thai).
- Haiming, L., Lyle, R., Cameron, H., Haiming, ,M., Yurun, Z. & Shilu, T. (2014). “Exposure to ambient heat and urolithiasis among outdoor workers in Guangzhou, China”. *Science of The Total Environment*, 47(2), 1130-1136.
- Kaewwiset, P. (2017). Household Environmental Conditions and Health Behaviors of Urolithiasis Patientsin Bungkla District, Buengkan Province. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University*, 19(1), 63-70 (in Thai).
- Kamloyfar, K. (2011). Self-care health behaviors of diabetes mellitus patients at the Diabetes Mellitus Clinic of Kangsanamnang Hospital, Kangsanamnang District, Nakhon Ratchasima Province. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima*, 17(1), 17-30 (in Thai).
- Kongkiatkul, S., Banhansupawat, T., Khamsiri, A., Ukaprasong, P., & Chattan, N. (2012). Statistical Report 2011 [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; [cited 2015 Nov 5]. Available from: <http://203.157.32.40/statreport/Static2554.pdf>. (in Thai).
- Orem, D. (2011). *Nursing : concepts of practice*.10th ed. Philadelphia: Mosby-Year Book.
- Promkasikorn, L. (2015). Factors predicting health behaviors related to kidney stones in kidney stones patients. [Master of Nursing Thesis], Thammasat University (in Thai).
- Pakkasung, Y., Methakanjanasak, N., & Theeranut, A. (2019). Illness Perception of Patient with Recurrent Renal Stone and Chronic Kidney Disease. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(1): 249-257 (in Thai).
- Sritisan, P., Suwanarat, A., Jailungka, J. (2012). Factor affected the self-care behaviors among Uncontrol hypertension patients at Dokkamtai Hospital, Phayao province. *Lanna Public Health Journal*, 9(2), 120-136 (in Thai).



- Taro, Y., (1983). *Statistics: An Introductory Analysis*. Tokyo: Harper International Edition.
- Tosukhowong, P., Boonla, C., & Ratchanon, S. (2007). Crystalline composition and etiologic factors of kidney stone in Thailand: update. *Asian Biomed*, 1(1), 87-95.
- Tracy, C.R., Best, S., Bagrodia, A., Poindexter, J.R., Adams-Huet, B., Sakhaee, K., & Maalouf, N. (2014). "Animal protein and the risk of kidney stones: a comparative metabolic study of animal protein sources". *The Journal of Urology*, 192(1), 137-141.
- Weinberg, A. E., Patel, C. J., Chertow, G. M., & Leppert, J. T. (2014). Diabetic severity and risk of kidney stone disease. *Eur Urol*, 65(1), 242-247.





## Factors Associated with Quality of Life among Older People in Muang District, Phayao, Thailand

Aekkaphan Khampeera,\* Amphorn Yana,\*\* Arunya, Namwong\*\*

(Received April 22, 2020, Revised: June 8, 2020, Accepted: September 28, 2020, 2020)

### Abstract

This descriptive research aimed at identifying factors associated to the Quality of Life (QoL) among older people residing in Muang district, Phayao province. 388 older people were recruited by the multistage random sampling. Interviewing questionnaires were used to collect data, which was analyzed using descriptive statistic and Spearman's rank correlation.

The research revealed that over half (61.60%) were female, their average age were 69.54 (SD.=7.17). Most of them (98.97%) had high level of Activities of Daily Living (ADL). 50.26% of them had a good level of mental health status. Their overall QoL was high level. Consideration in each components found that the QoL in physical and social relationships domains were moderate level as well as while psychological and environmental domains were at a high level. Finding of analysis factors associated with QoL: showed that the predisposing factors are ADL, mental health, adequacy of income were significant positively correlated with QoL ( $r = .12$ ,  $r = .66$ ,  $r = .10$ ,  $p\text{-value} = 0.05$ ), and congenital disease (Diabetic mellitus) was significant negatively correlated with QoL ( $r = -.10$ ,  $p\text{-value} = 0.05$ ). Reinforcing factors; home environmental management and family relationship were significantly positively correlated to QoL ( $r = .10$ ,  $r = .10$ ,  $p\text{-value} = 0.05$ ). Research suggests that health care providers should emphasize more enabling factors for the elderly group in order to promote them to be the healthy elderly.

**Keywords:** Quality of Life; Older People; Phayao province

\* Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Phayao

\*\* Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Phayao



## ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

เอกพันธ์ คำภีระ,\* อัมพร ยานะ,\*\* อรัญญา นามวงศ์\*\*

(วันรับบทความ : 22 เมษายน 2563, วันแก้ไขบทความ : 8 มิถุนายน 2563, วันตอบรับบทความ : 28 กันยายน 2563)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา คัดเลือกผู้สูงอายุจำนวน 388 คนจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่ามากกว่าครึ่ง ร้อยละ 61.60 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 69.54 (SD. = 7.17) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.97 มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับสูง มีภาวะสุขภาพจิตในระดับดีร้อยละ 50.26 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านสุขภาพจิต และด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน สุขภาพจิต ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต ( $r = .12, r = .66, r = .10, p\text{-value} = 0.05$ ) และโรคประจำตัว (เบาหวาน) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต ( $r = -.10, p\text{-value} = 0.05$ ) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญ ( $r = .10, r = .10, p\text{-value} = 0.05$ ) การวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพควรให้ความสำคัญกับปัจจัยเหล่านี้สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้พวกเขาเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุ; จังหวัดพะเยา

\* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา



## บทนำ

สถานการณ์ของผู้สูงอายุในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึง 2 เท่า จากจำนวนร้อยละ 12 ในปี ค.ศ. 2015 จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นถึงร้อยละ 22 ในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization [WHO], 2015) และในปี ค.ศ. 2019 ที่ผ่านมามีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกถึง 703 ล้านคน แล้วยังคงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 (United Nations, 2019) ซึ่งการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง เนื่องจากการมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้นส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาครอบครัว และสังคม ทำให้สูญเสียไปค่อนข้างมาก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ (Institute of Geriatrics, 2015)

ภาวะสุขภาพที่ดีเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุนอกจากจะไม่มีปัญหาทางการเงินแล้วต้องมีทั้งสุขภาพกายและใจที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ด้วยการพึ่งตนเองได้มากที่สุด ไม่เป็นภาระของลูกหลาน (Institute of Geriatrics, 2015) ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายๆ โรค หรืออาจมีความพิการอื่นๆ ร่วมด้วย หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรังต่าง ๆ ได้ จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข จากการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างองค์รวมได้ ซึ่งจากการศึกษาของ Pungposod and Janprasert (2012) พบว่า ลักษณะองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษามากที่สุด ประกอบด้วย คุณภาพชีวิต 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย มิติด้านสังคม มิติด้านสิ่งแวดล้อม และมิติด้านจิตใจซึ่งสอดคล้องกับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai: WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านเช่นเดียวกัน (Department of mental health, 2020)

คุณภาพชีวิตในมิติทางกายนั้นการศึกษาส่วนใหญ่มีการประเมินกิจวัตรประจำวันทั้งขั้นพื้นฐานและขั้นสูงเพื่อประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ ซึ่งหากผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเองหรืออาจมีคนช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาคนอื่นหรือ ย่อมส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิจัยที่ผ่านมาพบว่า สัดส่วนที่อยู่ ในเกณฑ์ที่ต้องพึ่งพิงในความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) มีเพียงร้อยละ 15.5 (Aekphalakhon, 2014) นอกจากนี้ยังมีผลการสำรวจที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในด้านระดับความสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายที่มีสภาพเสื่อมลง ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและระดับความสุขของผู้สูงอายุได้ (Survey of the Elderly Population in Thailand, 2014)

จากการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตตามแบบการประเมินของกรมสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต 31.32 คะแนน ซึ่งคะแนนสุขภาพจิตค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยอื่น ๆ คือ กลุ่มอายุ 25-59 ปี (วัยผู้ใหญ่) มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต 31.50 คะแนน กลุ่มอายุ 15-24 ปี (วัยเยาวชน) 31.34 คะแนน ซึ่งใช้แบบสำรวจสุขภาพจิตคนไทย 5 ด้าน (คะแนนเต็ม 45 คะแนน) (National statistical office, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาจากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยเมื่อปี พ.ศ. 2557 ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสุขภาพจิตคนทั่วไป



และผู้สูงอายุที่ปฏิบัติตามหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา มาก มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ปฏิบัติตามหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา ค่อนข้างน้อย หากผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตดี ย่อมส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (National statistical office, 2019)

มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่มาจากผู้สูงอายุโดยตรง เช่น ความรู้ ทักษะ ทักษะการคิด ความเชื่อ ต่างๆ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของ Vannachat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, and Taechaboonsermsak (2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดย พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ รายได้ และความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง นอกจากนี้มีการศึกษา พบว่า ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ในระดับสูง (Tongdee, Rongmuang & Nakchatree, 2012) และปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) ปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Yamwong, 2014) ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก หากผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยการทำการกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้ เช่น การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องน้ำ การรับประทานอาหารด้วยตนเอง การเคลื่อนที่ในบ้านโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจได้

จากการรายงานของศูนย์ข้อมูลประเทศไทย พบว่า ในจังหวัดพะเยามีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 48,596 คน คิดเป็นร้อยละ 11.74 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในจังหวัดพะเยา โดยพบว่าในอำเภอเมืองพะเยามีผู้สูงอายุจำนวน 12,991 คน โดยผู้สูงอายุในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 2,712 คน คิดเป็นร้อยละ 20.87 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้จำนวน 283 คนคิดเป็นร้อยละ 2.17 (Thailand Information Center, 2018) การมีจำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่รักษาอย่างต่อเนื่องยาวนานตลอดชีวิต หากมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจทำให้ผู้สูงอายุดังกล่าวเกิดความเจ็บป่วยรุนแรง เกิดความพิการและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ จึงควรมีการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเหล่านี้ เพื่อนำสู่การป้องกันการเจ็บป่วยที่รุนแรงและอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองพะเยา โดยใช้กรอบแนวคิดของ PRECEDE- PROCEED Model (Green & Kreuter, 1991) มาเป็นกรอบในการศึกษาเพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของกรอบแนวคิดนี้ โดยศึกษาปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ รายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการทำการกิจวัตรประจำวันของตนเองขึ้นพื้นฐาน และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพจิต ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ปัจจัยดังกล่าวจะนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงเพื่อหาแนวทางในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา



### คำถามการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา หรือไม่อย่างไร

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เรอเอตี้แอล และดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ของผู้สูงอายุ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การฟัง และสามารถเข้าใจภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ระยะเวลาศึกษา ช่วงระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึง มกราคม พ.ศ. 2562

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึง มกราคม พ.ศ. 2562

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ปัจจุบันมีจำนวน 12,991 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยใช้สูตร Taro Yamane  $n = N / (1 + Ne^2)$  ได้ โดยใช้ความคาดหวังที่ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 388 ราย กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 จับฉลากตำบลที่อยู่ในอำเภอเมืองพะเยา ทั้งหมด 7 ตำบล สุ่ม 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านต๋อม ตำบลสันป่าม่วง ตำบลบ้านต๋อน ขั้นตอนที่ 2 สุ่มหมู่บ้านจากตำบลต๋อม มี 11 หมู่บ้าน สุ่ม 6 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านร่องห้า บ้านสันต้นฝ้าย บ้านสันหนองเหนียว บ้านต๋อมกลาง บ้านต๋อมดง และบ้านร่องห้าป่าสัก ตำบลสันป่าม่วง มี 8 หมู่บ้าน สุ่ม 4 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านสันป่าม่วง บ้านทุ่งต้นศรี บ้านสันปูเลย และบ้านสันป่าม่วงใต้ และตำบลบ้านต๋อน มี 11 หมู่บ้าน สุ่ม 6 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านต๋อนใต้ หมู่ 1 บ้านต๋อนกลาง หมู่ 2 บ้านต๋อนกลาง หมู่ 3 บ้านบัว บ้านต๋อนใต้ หมู่ 7 และบ้านเหล่า ขั้นตอนที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้านตามสัดส่วนประชากร ดังนี้ บ้านร่องห้า 34 ราย บ้านสันต้นฝ้าย 22 ราย บ้านสันหนองเหนียว 30 ราย บ้านต๋อมกลาง 43 ราย บ้านต๋อมดง 18 ราย บ้านร่องห้าป่าสัก 42 ราย บ้านสันป่าม่วง 19 ราย บ้านทุ่งต้นศรี 15 ราย บ้านสันปูเลย 36 ราย บ้านสันป่าม่วงใต้ 15 ราย บ้านต๋อนใต้ หมู่หนึ่ง 18 ราย บ้านต๋อนกลาง หมู่สอง 14 ราย บ้านต๋อนกลาง หมู่สาม 23 ราย บ้านบัว 35 บ้านต๋อนใต้ หมู่เจ็ด 8 ราย และบ้านเหล่า 13 ราย รวม 388 ราย

#### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้





ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของ (Vannachat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, & Taechaboonsermsak, 2015) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai : WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ มี 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

2) แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator – 15 (TMHI – 15) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มี 4 ระดับ คือ ไม่เคย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด

3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของ Vannachat, M. Nanthamongkolchai, S. Munsawaengsub, C & Taechaboonsermsak, P. (2015) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ เลือกตอบ 3 ระดับ

4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มี 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคยเลย และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของ Vannachat, M. Nanthamongkolchai, S. Munsawaengsub, C & Taechaboonsermsak, P. (2015).ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มี 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคยเลย

### คุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทยฉบับสั้น แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน ในอำเภอดอกคำใต้ จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้การคำนวณหาความสัมพันธ์อัลฟา (Polit & Hungler, 2003) ได้ 0.82, 0.78, 0.82, 0.72, 0.73 และ 0.84 (ตามลำดับ)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง พะเยา  
2. ผู้วิจัยประสานงานกับพื้นที่เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจ วัตถุประสงค์งานวิจัย และนัดวันเวลาการเก็บข้อมูลงานวิจัย

3. ผู้วิจัยและทีมเข้าเก็บข้อมูลงานวิจัยตามแผนที่วางไว้

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ใช้ทีมนักวิจัย จำนวน 3 ท่าน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประจำพื้นที่เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย โดยมีการชี้แจงรายละเอียดก่อนการเก็บจากกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามแล้วกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง



### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา เลขที่ Re-10-61 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2561 และจะมีหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การเข้าร่วมโครงการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ โดยมีหนังสือชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อมูล และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีเงื่อนไข และไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคลแต่นำเสนอเฉพาะภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.60 อายุเฉลี่ย 69.54 ปี (S.D. = 7.17) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.47 และส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.49
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพจิต พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างช่วยเหลือตัวเองได้ดี ร้อยละ 98.97 (ตารางที่ 1) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากมีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 50.26 และรองลงมา คือ สุขภาพจิตปานกลาง ร้อยละ 34.28 และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตต่ำถึงร้อยละ 15.46 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (n = 388)

| ระดับ ADL                   | ช่วงคะแนน | จำนวน (คน) | ค่าเฉลี่ย |
|-----------------------------|-----------|------------|-----------|
| ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ | 0 - 4     | 3          | 0.77      |
| ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง      | 5 - 11    | 1          | 0.26      |
| ช่วยเหลือตัวเองได้ดี        | 12 - 20   | 384        | 98.97     |

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับปัจจัยด้านภาวะสุขภาพจิต (n = 388)

| ระดับสุขภาพจิต   | ช่วงคะแนน | จำนวน (คน) | ค่าเฉลี่ย |
|------------------|-----------|------------|-----------|
| สุขภาพจิตต่ำ     | <43       | 60         | 15.46     |
| สุขภาพจิตปานกลาง | 44 - 50   | 133        | 34.28     |
| สุขภาพจิตดี      | 51 - 60   | 195        | 50.26     |



**ปัจจัยเอื้อ** ได้แก่ ระยะทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่ 0 ถึง 5 กิโลเมตร (ระยะทางเฉลี่ย 1.65 กิโลเมตร S.D. = 1.00) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะทางการเข้าถึงบริการสุขภาพว่า ระยะทางไม่ไกล ร้อยละ 86.08 ในส่วนของค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าถึงบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยอยู่ที่ 51.32 บาท (S.D. = 144.11) โดยที่ค่าใช้จ่ายระหว่าง 0 ถึง 1500 บาท และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายว่า ไม่แพง ร้อยละ 93.04

**ปัจจัยเสริม** ได้แก่ การจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้าน สัมพันธภาพในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนในสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้าน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.81 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.18 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัว ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.66 รองลงมาในระดับมาก ร้อยละ 35.82 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับการสนับสนุนในสังคม ระดับมาก ร้อยละ 89.69 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.79

**3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตสูงมากที่สุดร้อยละ 69.59 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 30.15 (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตขององค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (n = 388)

| คุณภาพชีวิต               | ระดับคุณภาพชีวิต |        |                    |        |                |        |
|---------------------------|------------------|--------|--------------------|--------|----------------|--------|
|                           | คุณภาพชีวิตต่ำ   |        | คุณภาพชีวิตปานกลาง |        | คุณภาพชีวิตสูง |        |
|                           | จำนวน            | ร้อยละ | จำนวน              | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ |
| 1. ด้านสุขภาพกาย          | 1                | 0.26   | 229                | 59.02  | 158            | 40.72  |
| 2. ด้านจิตใจ              | 1                | 0.26   | 146                | 37.63  | 241            | 62.11  |
| 3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | 14               | 3.61   | 245                | 63.14  | 129            | 33.25  |
| 4. ด้านสิ่งแวดล้อม        | 1                | 0.26   | 112                | 28.87  | 275            | 70.89  |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม         | 1                | 0.26   | 117                | 30.15  | 270            | 69.59  |

เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกายมีคุณภาพชีวิตปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 59.02 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตสูงร้อยละ 40.72 ด้านจิตใจมีคุณภาพชีวิตสูงมากที่สุดร้อยละ 62.11 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 37.63 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคุณภาพชีวิตปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 63.14 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตสูงร้อยละ 33.25 ข้อสังเกตพบว่าคุณภาพชีวิตด้านนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำถึงร้อยละ 3.61 และด้านสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพชีวิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 70.89 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 28.87 (ตารางที่ 3)

**4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การจัดการสภาพแวดล้อม



ภายในบ้าน สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แต่การได้รับการสนับสนุนในสังคมใช้ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา (n = 388)

| ปัจจัยที่สัมพันธ์                           | คุณภาพชีวิต (QOL)          |         |
|---------------------------------------------|----------------------------|---------|
|                                             | Spearman's Correlation (r) | p-value |
| ปัจจัยนำ                                    |                            |         |
| - ความเพียงพอของรายได้                      | 0.10                       | 0.04 *  |
| - โรคประจำตัว                               | 0.02                       | 0.61    |
| เบาหวาน                                     | -0.10                      | 0.03 *  |
| - ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)  | 0.12                       | 0.01 *  |
| - ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพจิต                   | 0.66                       | 0.00 ** |
| ปัจจัยเอื้อ                                 |                            |         |
| - ระยะทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพ           | -0.06                      | 0.22    |
| - ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าถึงบริการสุขภาพ | -0.06                      | 0.19    |
| ปัจจัยเสริม                                 |                            |         |
| - การจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้าน             | 0.10                       | 0.04 *  |
| - สัมพันธภาพในครอบครัว                      | 0.10                       | 0.03 *  |
| - การได้รับการสนับสนุนในสังคม               | -0.02                      | 0.68    |

\* p < .05

### อภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่สูง เมื่อแยกเป็นรายด้าน ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับสูง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pajit (2015) พบว่าระดับคุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านก็อยู่ในระดับดีทั้งสี่ด้าน อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตระดับสูงเช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ (Bearnholdt, Hinton, Yan, Rose & Mattos, 2012) และแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Vannachat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, and Taechaboonsermsak (2015) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง และ Khamwong, Nusawat, Prathanaworapanya, and Siripanya, (2011) พบว่ามีคุณภาพ



ชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น คือ อายุ 60-69 ปี ยังคงช่วยเหลือตนเองได้ดี ปัญหาสุขภาพยังน้อยเมื่อเทียบกับวัยผู้สูงอายุตอนปลาย และสรีระวิทยายังเสื่อมไปไม่มาก ทำให้ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับดีมากที่สุด แต่เมื่อแยกพิจารณารายด้านของคุณภาพชีวิตก็มีความคล้ายคลึงกันในด้านร่างกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ที่ผลการศึกษาอยู่ระดับปานกลาง ส่วนด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีมากที่สุด (Vannachat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, & Taechaboonsermsak, 2015) จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมากที่สุด มาจากการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ยังคงมีความแข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจกรรมประจำวันได้ปกติ รวมถึงสภาพแวดล้อมในจังหวัดพะเยา มีอากาศบริสุทธิ์ ความสัมพันธ์ใกล้ชิดแบบญาติพี่น้อง ให้อาหารยกย่องเชิดชูผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ดังจะเห็นได้จากประเพณีสำคัญ ๆ ในจังหวัดพะเยา เช่น การรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในทุก ๆ ปี และเป็นวัฒนธรรมที่มาจากอาชีพเดียวกัน เป็นวัฒนธรรมชนบทมีการเปลี่ยนแปลงที่ช้า ค่อยๆเป็นค่อยๆไป อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่น่าไปสู่คุณภาพชีวิตระดับสูงของผู้สูงอายุในพะเยา

### ปัจจัยนำ

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) กับระดับคุณภาพชีวิต จากผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = .12$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bearnholdt, Hinton, Yan, Rose and Mattos (2012) ที่พบว่าการดำเนินชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khamwong, Nusawat, Prathanaworapanya, and Siripanya (2011) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งช่วยเหลือผู้อื่น สังคม และชุมชนได้ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางด้วย และการศึกษาของ Vannachat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, and Taechaboonsermsak (2015) พบว่า ปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นที่พึ่งพาของลูกหลาน สังคม ชุมชน ผู้สูงอายุก็จะมีความสามารถในการดูแลตนเองมาก นำไปสู่การที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

ปัจจัยด้านสุขภาพจิต พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ( $r = .66$ ) มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bearnholdt, Hinton, Yan, Rose and Mattos (2012) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าและการมีอารมณ์ที่ดีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะว่าการมีสุขภาพที่ดีก็ย่อมส่งผลกระทบถึงคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยเช่นกัน (Muijeen, 2015) และการศึกษาของ Phong Siri, Kulprateepunya, Lohapaiboonkul, Moongsin, & Wongsanga, (2018) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคนปกติ มีผลกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

ความเพียงพอของรายได้ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = .10$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Vannachat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, and Taechaboonsermsak (2015) การที่ผู้สูงอายุมีสิทธิการรักษาพยาบาลไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอกับความจำเป็นในการใช้จ่ายต่างๆ ก็ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ทำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับระดับคุณภาพชีวิต

โรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = -.10$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Poljicanin, dukovic, Sekerija, Pibernik-Okanovic, Metelko, and Vuletic Mavrinac, (2010) ที่พบว่าในผู้ที่เป็โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีผลเชิงลบกับระดับคุณภาพชีวิตด้าน





สุขภาพ และ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับคุณภาพชีวิต แต่ขัดแย้งกับงานวิจัยของ Khamwong, Nusawat, Prathanaworapanya, and Siripanya (2011) และ Yamwong (2014) ที่พบว่าโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจเป็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ และสามารถใช้ชีวิตร่วมกับโรคประจำตัวโดยคิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติทำให้คุณภาพชีวิตยังคงอยู่ระดับสูงแม้จะมีโรคประจำตัวก็ตาม

### ปัจจัยเอื้อ

ระยะทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับคุณภาพชีวิต ( $r = -.06$ ) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แตกต่างจากงานวิจัยของ Vannachat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, and Taechaboonsermsak (2015) ที่พบว่า ระยะทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และขัดแย้งกับงานวิจัยของ Wuttigarn, Jombunruang and Sansorawisit (2015) ที่พบว่าระยะทางในการเข้าถึงสุขภาพทำให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สถานบริการหลัก ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) พบว่ามีความสัมพันธ์แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากใกล้บ้านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แตกต่างจากงานวิจัยของ Wuttigarn, Jombunruang and Sansorawisit (2015) ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ เพราะเชื่อมั่นแพทย์ และอุปกรณ์ที่ทันสมัย

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Vannachat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, and Taechaboonsermsak (2015) ที่พบว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าถึงบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องมาจากประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมใกล้บ้านทำให้การเดินทางมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมารับยาต่อเนื่องโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เรื่องค่าใช้จ่ายจึงไม่มีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

### ปัจจัยเสริม

การจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ผลการวิจัย พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = .10$ ) แตกต่างจากงานวิจัยของ Vannachat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, and Taechaboonsermsak (2015) ที่พบว่าการจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีน้ำกวางพะเยาเป็นแหล่งน้ำขนาดใหญ่ มีอากาศที่ดีไม่ร้อนอบอ้าว ไม่มีฝุ่น ไม่มีควันพิษจากโรงงานดังเช่นในเมืองใหญ่ๆ ทำให้มีการจัดการสภาพแวดล้อมที่ดีอยู่แล้ว เมื่อสภาพแวดล้อมดีก็ทำให้คุณภาพชีวิตคนที่อยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นๆ ดีตามด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kontongern (2013) ที่พบว่า สภาพแวดล้อมภายในบ้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่มาบตาพุด จังหวัดระยอง (ร้อยละ 68.47) จากการสอบถามพูดคุยก็พบว่าการจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้านไม่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องมาจากบ้านของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะสะอาดเรียบร้อยเนื่องจากผู้สูงอายุมักจะทำงานบ้านเอง มีเวลาว่างทำให้การจัดการสิ่งแวดล้อมจึงไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

สัมพันธภาพในครอบครัว ผลการวิจัย พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = .10$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Vannachat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, and Taechaboonsermsak (2015) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $p < .05$ ) และสอดคล้องกับบทความเรื่องบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต



ผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง ที่กล่าวว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลและตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงและความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงดำเนินชีวิตให้อยู่ในภาวะสมดุลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Gadudom, Apinyalungkon, Janjaroen & Wae, 2018) อาจเนื่องมาจากว่า วัฒนธรรมในชนบทมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัว ผู้สูงอายุได้รับการเอาใจใส่ดูแล ส่งผลถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาจึงทำให้มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน

การได้รับการสนับสนุนในสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับคุณภาพชีวิต ( $r = -.02$ ) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างกับงานวิจัยของ Trakoolugamden and Wongteerasup (2016) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .57$ ) และก็แตกต่างกับงานวิจัยของ Nidananchai and Santhithirasak (2010) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ข้อมูลแตกต่างกันอาจเนื่องจากการได้รับการสนับสนุนในสังคมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจจะยังคงไม่ได้เกี่ยวข้องมากนักเนื่องจากผู้สูงอายุสุขภาพแข็งแรงดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี การสนับสนุนทางสังคมจึงไม่ใช่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยตรงมากนัก อาจสัมพันธ์ทางอ้อมมากกว่า

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ปานกลางถึงต่ำ โดยเฉพาะในด้านร่างกายและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อให้คุณภาพชีวิตขึ้นไปอยู่ในระดับที่สูงขึ้น

### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา เพื่อจะได้นำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป
2. ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกันในประเด็นคุณภาพชีวิตในจังหวัดพะเยา และในจังหวัดอื่น ๆ ภูมิภาคอื่น ๆ กับต่างประเทศ
3. พัฒนาสื่อ แอปพลิเคชัน ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา ทำให้ผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา มีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น ด้วยตนเอง ครอบครัว ลูกหลาน ง่ายต่อการใช้งาน ใช้เมื่อไหร่ก็สามารถใช้ได้

### กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีโดยได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ ตำบลบ้านต๋อม ตำบลบ้านต๋อน และตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ในการเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย โดยการให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามงานวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา และคณะกรรมการพิจารณาทุนอุดหนุนวิจัยครั้งนี้ เป็นผลให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี



### เอกสารอ้างอิง

- Aekphalakhon, W. (2014). Report of the 5th Thai Health Survey by Physical Examination 2014. Nonthaburi: Institute of Health System Research. (in Thai)
- Bearnholdt, M., Hinton I., Yan G., Rose K. & Mattos M. (2012). Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *NIH Public Access Author Manuscript*, 21(3)527-534.
- Gadudom, P., Apinyalungkon, K., Janjaroen, K & Wae, N. (2018). Family Roles to Increase Quality of Life of Older Persons in a Changing Situation. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 5(3) p300-310. (in Thai)
- Green, L. W & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning: An education and environmental approach. 3th ed Mayfield Publishing Company.
- Institute of Geriatrics. (2015). Guidelines for elderly care. 1st edition, Iss August Company Limited: Nonthaburi. (in Thai)
- Khamwong, W., Nusawat, J., Prathanaworapanya, W. & Siripanya, J. (2011). Factors Relating to Quality of Life of Elderly. *JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH*. 5(2) ,32-40. (in Thai)
- Kontongern, D. (2013). Key Factors Affecting the Quality of Life in Maptaphut, Rayong Province. *Journal of Environmental Management*. 9(2), 65-88. (in Thai)
- Baernholdt, M., Hinton, L., Yan, G., Rose, K. & Mattos, M. (2012). Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *NIH Public Access Author Manuscript*, 21(3) , 527-534.
- Muijeen. K. (2015). Determinants of Mental Health among Aging. *Science and Technology Journal*. 23(2) ,306-318. (in Thai)
- Pungposod, N. and Janprasert T. (2012). Research Synthesis on the Relation of Psycho-Social Characteristics relevance to Quality of Life among Elderly in Thailand. [Online], Available: [http://ir.swu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/4411/Narisara\\_P.pdf?sequence=1](http://ir.swu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/4411/Narisara_P.pdf?sequence=1) (2019, 10, May). (in Thai)
- Nidananchai. S & Santhithirasak. M. (2010). Social support and environmental that affects to self-care of Elderly In Samut Prakan Province. *Journal of Nursing*. 37(2), 64-76. (in Thai)
- National statistical office. (2019). Survey of mental health in Thailand 2015. [Online], Available: <http://www.nso.go.th/sites/2014en>. (2019, 10, May). (in Thai)
- Paijit, P. (2015). Quality of Life of the Elderly in Surat Thani Province. *Journal of Management Sciences*, 2 (2), 157-179. (in Thai)
- Phongsiri, P., Kulprateepunya, K., Lohapaiboonkul, N., Moongsin, S. & Wongsanga, P. (2018). Quality of Life, Mental Health Status and Activities of Daily Living of the Elderly : Case Study Muang District, Ubon Ratchathani Province. *Kuakarun Journal of Nursing*, 25(2), 137-149. (in Thai)



- Poljicanin,T,, dukovic,D., Sekerija,M., Pibernik-Okanovic,M., Metelko,Z. & Vuletic Mavrinac,G. (2010). Diabetes mellitus and hypertension have comparable adverse effects on health-related quality of life. *BMC Public Health*. January 2010, 10(1), 2-6
- Thailand Information Center. (2018). *The population of the phayao province*. [Online], Available: <http://phayao.kapook.com/>.(2019, 10, May). (in Thai)
- Tongdee. J. Rongmuang, D. & Nakchatree. C. (2012). Health Status and Quality of Life among the Elderly in the Southern Border Provinces of Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 22(3) ,88-99. (in Thai)
- Trakoolugamden. B. & Wongteerasup, S. (2016). Predicting Factors of Quality of life among Patients with Terminal Cancer at Out–Patient Department of Hospitals in Medical Service Department, Bangkok Metropolitan and Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. *Kuakarun Journal of Nursing*. 23(2). p199-216. (in Thai)
- United Nations. (2019). *World Population Ageing 2019 Highlights*. the United Nations. New York.
- Vannachat, M. Nanthamongkolchai, S. Munsawaengsub, C & Taechaboonsersak, P. (2015). Quality of life among elderly people with chronic diseases in Ubon Ratchathani province. *Journal of Public Health, Special Issue*,18-29. (in Thai)
- World Health Organization Quality of Life Brief – Thai. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- World Health Organization. (2015). The age of aging. Geneva: WHO.
- Wuttigarn, S. Jombunruang, P. & Sansorawisut, P. (2015). Factors that Influence the Quality of Life in the Bangmulnak Municipality.Bang MunNak DistrictPhichit Province. National and international Conference Interdisciplinary Research for Local Development Sustainability. (in Thai)
- Yamwong, N. (2014). Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 21(1), 37-44. (in Thai)



## Study of Problems, Needs and Self-care Behavior of Pregnant Teenagers in Lampang Province

Rungkarn Wutti,<sup>\*</sup> Panjan Imnam,<sup>\*</sup> Panumas Koonyodying,<sup>\*</sup> Parichart Tulapan<sup>\*</sup>  
Paweena Surinprateep,<sup>\*\*</sup> Kanokon Panyaso<sup>\*\*\*</sup>

(Received May 12, 2020, Revised: July 28, 2020, Accepted: October 1, 2020)

### Abstract

This descriptive study aimed to examine problems needs and self-care behavior of adolescent pregnant women. The population were pregnant teenagers under age of 20 years, who attended for antenatal care at Healthcare facility under the Ministry of Health in Lampang Province. The data were collected by Cluster sampling from 13 districts in Lampang Public Province during May to October 2017. The samples were 152 pregnant teenagers. The instrument was the questionnaires that were validated by experts with an IOC from 0.67-1.00, and reliability alpha Cronbach of 0.72 was obtained. Data were analyzed by quantitative statistics using frequency, percentages, mean, standard deviation and Chi-square test.

Results showed that 1) Problems and needs of adolescent pregnant women, the highest level of physical problems had frequent urination, the highest level of economic problems was worry about increasing cost and the highest level of social problem was feeling embarrassed about being pregnant. Moreover, level of emotional, psychological, psychosocial problems was low level. The total of needs average is high level. 2) Self-care behavior of adolescent pregnant women found that the overall mean was good level. 3) The comparison self-care behaviors means of teenage pregnant women between the ready to get pregnant group and non-ready for pregnant group found that the self-care behaviors means in ready for pregnant group was good level which is higher than non-ready for pregnant group was moderate level, and significantly different  $p < 0.02$ . ( $\chi^2 = 7.55$ ). Recommendations: The finding showed that the self-care behaviors means in self-care responsibilities aspect of teenage pregnant women were highest in both groups, was a basic data to promote the self-care behaviors in this aspect in the both groups and should be used to develop a program to care for teenage pregnant women with specific needs.

**Keywords:** Teenage Pregnancy; Problems; Needs; Self-care Behaviors

<sup>\*</sup> Registered nurse, Senior Professional level, Boromarajonani College of nursing, Nakhon Lampang

<sup>\*\*</sup> Registered nurse, Professional level, Boromarajonani College of nursing, Nakhon Lampang

<sup>\*\*\*</sup> Registered nurse, Practitioner Level, Boromarajonani College of nursing, Nakhon Lampang





## การศึกษาปัญหา ความต้องการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดลำปาง

รุ่งกาญจน์ วุฒิ,\* ปานจันทร์ อิ่มหน้า,\* ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง,\* ปาริชาติ ตูลาพันธุ์\*  
ปวีณา สุรินทร์ประทีป,\*\* กนกกร ปัญญาโส\*\*\*

(วันรับบทความ : 12 พฤษภาคม 2563, วันแก้ไขบทความ : 28 กรกฎาคม 2563, วันตอบรับบทความ : 1 ตุลาคม 2563)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ประชากรเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเลือกตามพื้นที่แบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ตามเขตอำเภอ 13 อำเภอ ระหว่างเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม 2561 ได้จำนวน 152 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ได้หาความเที่ยงตรง (IOC) ได้ค่าอยู่ในช่วง 0.67-1.00 และหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์ ( $\chi^2$ )

ผลการวิจัย พบว่า 1) ปัญหาและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบมีปัญหาด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงสุดคือเคย/มีอาการปัสสาวะบ่อย ปัญหาด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุดคือ มีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายมากขึ้น ปัญหาด้านสังคมพบมากที่สุดคือรู้สึกอายที่ตั้งครรภ์ ระดับของปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ จิตสังคม มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยความต้องการโดยรวมอยู่ระดับสูง 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดลำปาง พบว่ามีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ระดับดี 3) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์กับกลุ่มที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ขณะที่กลุ่มที่ไม่พร้อมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.02$ ,  $\chi^2 = 7.55$ )

ข้อเสนอแนะ: การศึกษาครั้งนี้พบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความรับผิดชอบในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงสุดทั้งสองกลุ่ม จึงเป็นข้อมูลที่ใช้ส่งเสริมพฤติกรรมด้านนี้ได้ รวมทั้งนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีความเฉพาะกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อให้การดูแลได้ตรงกับผู้รับบริการอย่างชัดเจนต่อไป

**คำสำคัญ:** สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น; ปัญหา; ความต้องการ; พฤติกรรมการดูแลตนเอง

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง



## บทนำ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยในปี 2560 ประเทศไทยมีสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตลอดช่วงอายุ 10-19 ปี ร้อยละ 11.2 หรืออัตราการคลอด 42.5 ต่อพันประชากรสตรี (Department of Health, Ministry of Public Health, 2017) ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านสุขภาพจะเกิดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ในวัยอื่น เช่น ภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น (Kovavisarach, Promsonthi, & Ratchachakul, 2011). ในขณะที่ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้น ไม่เพียงแต่เกิดในสตรีวัยรุ่นและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังมีผลทางสังคมและเศรษฐกิจในระดับชาติด้วย ผลกระทบด้านจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้าได้เนื่องจากการไม่ได้มีการเตรียมตัวสำหรับการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นแม่ และการดำเนินชีวิต ผลกระทบด้านสังคม ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวนมาก หยุดเรียนหรือเลิกเรียนกลางคัน แม้ว่าจะไม่มีบทบัญญัติที่ห้ามนักเรียนที่ตั้งครรภ์ไปเรียนหนังสือที่โรงเรียน แต่การตัดสินใจดังกล่าวเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน และคนในชุมชนเพราะทำผิดจารีตทางสังคม ถูกผู้ปกครองห้ามไปโรงเรียนเนื่องจากเห็นว่าเป็นความเสื่อมเสียของครอบครัว หรือมีความจำเป็นต้องออกจากโรงเรียนเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เป็นต้น (Saengeng, Sukrat, Kovavisaruch, Phrompraphat, & Kanjanawetang, 2014) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งจากครอบครัว สังคม และการช่วยเหลือดูแล การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ การยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมไปถึงความต้องการที่จะได้รับการศึกษา การประกอบอาชีพ จากปัญหาและความต้องการดังกล่าวทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ แตกต่างกันไป หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behaviors) ที่ถูกต้อง จะช่วยให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกคลอด

วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ดังการศึกษาของ Wongman, Sangiamchit and Vongprasert (2014) พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารลดลง เนื่องจากกังวลต่อภาพลักษณ์ของตนเอง การแต่งกายในเสื้อผ้าที่รัดรูป และการนัดพบปะสังสรรค์กันตามแหล่งบันเทิงต่าง ๆ พฤติกรรมเช่นนี้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับ Ngoenyong, Suppasri, and Suppasrimanont (2013) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นภาระที่ทำให้ตนเองต้องลำบาก เกิดความยุ่งยาก น่ารำคาญ จึงไม่เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ ทำให้ขาดโอกาสในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์ นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาต่ำ มักจะขาดทักษะในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนการใช้แหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ต่างๆ เพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า (Boonsin & Chunuan, 2009) ซึ่งพฤติกรรมดูแลของสตรีตั้งครรภ์ที่กล่าวมาสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Pender (2011) ประกอบด้วย 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ดังนั้นการใช้กรอบของเพนเดอร์ในการศึกษาในครั้งนี้ น่าจะเหมาะสมกับการดูแลพฤติกรรมของสตรีวัยรุ่นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและนอกประเทศพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนหนึ่ง แต่ยังไม่พบการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัญหา ความต้องการและพฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ในจังหวัดลำปาง จากข้อมูลการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปีในจังหวัดลำปางในปี 2560 (Lampang Provincial Health Office



[LPHO], 2017) จำนวน 431 ราย พบว่า เป็นกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ 212 ราย และกลุ่มที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ 207 ราย ซึ่งอาจจะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นของ 2 กลุ่มมีปัญหา ความต้องการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้การให้บริการสตรีตั้งครรภ์เป็นการวางแผนทางให้บริการที่เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่มีแนวทางเฉพาะในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ประสบปัญหาที่มีความซับซ้อน อันส่งผลต่อสุขภาพทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนั้น ควรมีการค้นหาปัญหา ความต้องการและพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความเฉพาะ อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีความเฉพาะของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหา และความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ ในสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ ในสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง

### สมมติฐานการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์และไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ความพร้อมในการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น** หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีคู่ ครอบครัวยอมรับ และมีงานทำ มีรายได้ชัดเจน

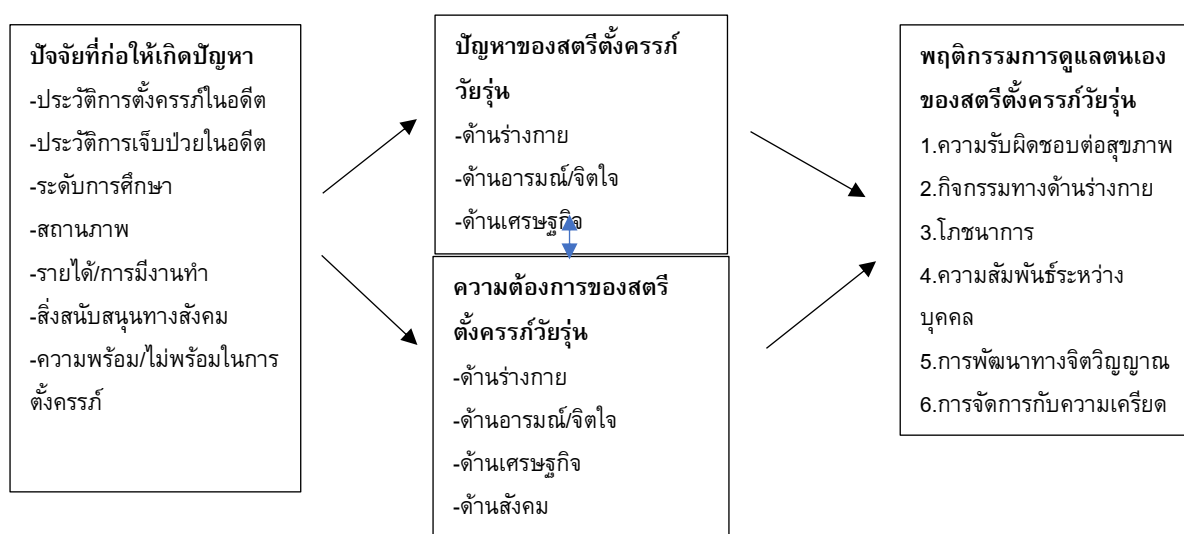
**ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น** หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ยังเรียนอยู่ ครอบครัวยอมรับ/ไม่ยอมรับ

**ปัญหาในขณะตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่น** หมายถึง สิ่งที่เป็นอุปสรรคและต้องพิจารณาแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลในจังหวัดลำปาง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามปัญหาในขณะตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

**ความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น** หมายถึง ความอยากได้หรือประสงค์ที่จะได้ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลในจังหวัดลำปาง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น



**พฤติกรรม การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น** หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน วัดโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านของ Pender (2011) ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) 2) กิจกรรมทางร่างกาย (physical activity) 3) โภชนาการ (Nutrition) 4) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal relations) 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) และ 6) การจัดการกับความเครียด (stress management)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ และ พฤติกรรม การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์กับกลุ่มที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ ใน โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 13 อำเภอในจังหวัดลำปาง ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 431 คน (LPHO, 2017) กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากประชากรหลักร้อยละ ใช้เกณฑ์ร้อยละ 15-30 (Chancharoen, 2009) การศึกษานี้ใช้ร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 130 คน และใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างในการเปรียบเทียบข้อมูลของ 2 กลุ่มของโปรแกรม G\*power ได้จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ และกลุ่มที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ อย่างน้อยกลุ่มละ 25 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกตามพื้นที่แบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ตามเขตอำเภอ เก็บข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ ในช่วงเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม 2561 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) อายุต่ำกว่า 20 ปี



2) สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งการพูด การอ่าน และการเขียนได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ประสงค์ยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 152 คน การแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เป็นการรวบรวมจากข้อมูลการตอบแบบสอบถาม ได้กลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ 87 คน และกลุ่มที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ จำนวน 65 คน

### เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัญหา ความต้องการและพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ปัญหาในขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) การประเมินปัญหาด้านอารมณ์-จิตใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 ความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์-จิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคมเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางร่างกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) 5 ระดับ ด้านการจัดการกับความเครียดเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และคำถามปลายเปิด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความตรงของเครื่องมือ (Content Validity) โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 ท่าน นำมาพิจารณาปรับปรุง แก้ไขและวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในช่วง 0.67-1.00

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดลำปาง และมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยแบบสอบถามปัญหาด้านอารมณ์-จิตใจ แบบสอบถามความต้องการและพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.72

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยทำหนังสือขออนุมัติการดำเนินการทำวิจัยผ่านตามขั้นตอน หลังจากได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2562/28 และได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลไปยังโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล เพื่อขออนุญาตทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้ทำวิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและมีแนวทางพิทักษ์สิทธิ คือ ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองและในกรณีที่มีผู้ปกครองมาด้วย ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อน และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยชี้แจง





วัตถุประสงค์ของการวิจัย และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถขอข้อมูลคืนและ/หรือสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาและไม่มี การบังคับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล หลังจากกลุ่มตัวอย่างตกลงที่จะให้ข้อมูล ได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และตรวจสอบข้อมูลในแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การเปรียบเทียบสองกลุ่มอิสระ ระหว่างกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความพร้อมในการ ตั้งครรภ์กับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ ( $\chi^2$ -test)

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 152 คน มีอายุในช่วง 10-19 ปี ส่วนใหญ่ พบว่า ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษาร้อยละ 65.67 ตั้งครรภ์ขณะยังเป็นโสด ร้อยละ 40.13 แต่พบว่า มีส่วนหนึ่ง ที่อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้สมรส ถึงร้อยละ 21.71 ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 83.55 อายุครรภ์ในวันที่มาฝากครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ ร้อยละ 53.95 อาศัยอยู่กับบิดาและ/หรือมารดาของตนเอง ร้อยละ 54.61 ทั้งนี้ร้อยละ 82.89 ไม่ระบุหรือ เปิดเผยข้อมูลรายได้ของตนเอง แต่ส่วนใหญ่ประเมินรายได้กับรายจ่ายว่าพอกินพอใช้ ร้อยละ 82.89 ความพร้อม/ ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของความพร้อม/ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (n = 152)

| รายการ                            | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------|-------|--------|
| <b>ความพร้อมในการตั้งครรภ์</b>    | 87    | 57.24  |
| เหตุผล (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)    |       |        |
| - มีคู่                           | 44    | 45.36  |
| - ครอบครัวยอมรับ                  | 43    | 44.33  |
| - มีงานทำ                         | 10    | 10.31  |
| <b>ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์</b> | 65    | 42.76  |
| เหตุผล (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)    |       |        |
| - เรียน                           | 42    | 73.68  |
| - ครอบครัวยอมรับ/ไม่ยอมรับ        | 12    | 21.05  |
| - หย่าร้าง                        | 2     | 3.51   |
| - อายุน้อยและไม่มีการทำงาน        | 1     | 1.75   |

จากตารางที่ 1 พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่พร้อมในการ ตั้งครรภ์ (ร้อยละ 57.24 และ 42.76 ตามลำดับ) โดยกลุ่มที่พร้อมในการตั้งครรภ์พบเหตุผลมากที่สุดคือ มีคู่ และ



รองลงมาคือ ครอบครัวยอมรับ (ร้อยละ 45.36 และ 44.33 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ พบเหตุผลมากที่สุดคือ กำลังเรียน และรองลงมาคือ ครอบครัวยอมรับ/ไม่ยอมรับ (ร้อยละ 73.68 และ 21.05 ตามลำดับ)

## 2. ปัญหา และความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.1 ปัญหาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดลำปาง พบว่า อันดับแรกเป็นปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ เคย/มีอาการปัสสาวะบ่อย เคย/มีอาการปวดหลัง เคย/มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 78.90, 77.60 และ 73.00 ตามลำดับ ถัดมาเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจที่พบมากที่สุด ได้แก่ มีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายมากขึ้น ร้อยละ 54.60 รองลงมาคือ ต้องทำงานทำร้อยละ 40.10 และเสียโอกาสในการศึกษาต่อร้อยละ 32.20 และสุดท้ายเป็นปัญหาด้านสังคม พบว่า รู้สึกอายที่ตั้งครรภ์ ร้อยละ 7.20 และไม่ยอมพบปะผู้คนร้อยละ 6.60 แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีปัญหาขณะตั้งครรภ์ในระดับมาก 2 เรื่อง คือ กลัวการเจ็บครรภ์หรือการคลอด และกลัวบุตรมีภาวะผิดปกติ ( $\bar{X} = 3.71$ , S.D. = 1.34) และ ( $\bar{X} = 3.63$ , S.D. = 1.40) ตามลำดับ

2.2 ความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดลำปาง พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีค่าเฉลี่ยความต้องการโดยรวมอยู่ระดับสูง ( $\bar{X} = 3.65$ , S.D. = 0.77) โดยค่าเฉลี่ยความต้องการรายด้านโดยรวม ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจ และด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.84$ , S.D. = 0.79,  $\bar{X} = 3.67$ , S.D. = 0.99,  $\bar{X} = 3.74$ , S.D. = 0.95) ตามลำดับ ยกเว้นด้านสังคมที่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.29$ , S.D. = 0.90)

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดลำปาง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ระดับดี ( $\bar{X} = 3.51$ , S.D. = 0.43) โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองขณะตั้งครรภ์ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายขณะตั้งครรภ์ และด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.87$  (S.D. = 0.72), 3.64 (S.D. = 0.46) และ 3.91 (S.D. = 0.51) ตามลำดับ) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.26$  (S.D. = 0.85) และ 2.81 (S.D. = 0.80) ตามลำดับ) ในรายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดไม่ชื่อยามารับประทานเองไม่ดื่มกาแฟหรือน้ำชาไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมาก ส่วนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมออกกำลังกาย 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา นั่งสมาธิ หรือสวดมนต์ทุกวันอยู่ในระดับน้อย ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมข้ออื่นๆ อยู่ในระดับดีถึงระดับปานกลาง

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดลำปางระหว่างกลุ่มที่มีความพร้อม และไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ พบว่า

4.1 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยรวมของกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.54$ , S.D. = 0.50) ขณะที่กลุ่มที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.48$ , S.D. = 0.32) พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ด้านการจัดการกับความเครียดทั้งกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ และกลุ่มที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ มีการใช้วิธีการจัดการความเครียด 3 อันดับแรกเหมือนกันคือ การฟังเพลง (ร้อยละ 86.21 และ 96.92) ดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 85.06 และ 86.15) และเดินเที่ยวซื้อของ (ร้อยละ 49.43 และ 61.54) และการปรึกษากับบุคคลเพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือช่วย



คล้ายความเครียดมีวิธีการที่เหมือนกัน 3 อันดับแรก คือ ปรีกษาแพน (ร้อยละ 81.61 และ 86.15) พ่อแม่ (ร้อยละ 68.97 และ 83.08) และ เพื่อน (ร้อยละ 34.48 และ 46.15) ตามลำดับ

4.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดลำปางกลุ่มที่มีความพร้อม/ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่มีความพร้อม/ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติไคสแควร์ ( $\chi^2$ )

| ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยรวม | ความพร้อมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น |                   | $\chi^2$ | P value |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|----------|---------|
|                                                        | พร้อมตั้งครรภ์                   | ไม่พร้อมตั้งครรภ์ |          |         |
| น้อย                                                   | 5 (5.75%)                        | 6 (9.23%)         | 7.55     | 0.02*   |
| ปานกลาง                                                | 43 (49.42%)                      | 39 (60.00%)       |          |         |
| มาก                                                    | 39 (44.83%)                      | 20 (30.55%)       |          |         |
| รวม                                                    | 87 (100.00%)                     | 65 (100.00%)      |          |         |

\*  $p < 0.05$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่มีความพร้อม/ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความพร้อม/ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $p = 0.02$  ( $\chi^2 = 7.55$ )

**อภิปรายผล** การอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีดังนี้

1. ปัญหาและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ สถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง

1.1 ปัญหาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แบ่งแต่ละด้าน ดังนี้

1.1.1 ด้านร่างกาย จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีปัญหาด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง 2 อันดับแรก ได้แก่ เคย/มีอาการปัสสาวะบ่อย เคย/มีอาการปวดหลัง ร้อยละ 78.90 และ 77.60 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ในการตั้งครรภ์ระยะแรกๆ มดลูกจะไปเบียดบริเวณกระเพาะปัสสาวะทำให้ปวดปัสสาวะอยู่บ่อยๆ แต่มดลูกจะขยายใหญ่ขึ้นช่องเชิงกรานออกไปเมื่อผ่านไตรมาสแรกไปแล้ว ทำให้มีอาการปวดปัสสาวะบ่อยน้อยลง แต่ในระยะใกล้คลอดมักจะมีอาการปวดปัสสาวะบ่อยอีกครั้งเพราะทารกจะไปกดทับกระเพาะปัสสาวะ การปัสสาวะบ่อยอาจเกิดปัญหาการกลั้นปัสสาวะส่งผลให้เกิดการคั่งของปัสสาวะทำให้กระเพาะปัสสาวะติดเชื้อ และเมื่อรุนแรงมากขึ้นอาจถึงขั้นกรวยไตอักเสบซึ่งอาจทำให้แท้งหรือคลอดก่อนกำหนดได้ และเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น รูปร่างและน้ำหนักตัวของสตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากขนาดของมดลูกที่โตขึ้นทำให้ร่างกายมีจุดศูนย์ถ่วงเลื่อนไปข้างหน้า ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเดินหลังแอ่นเพราะจะพยายามแอ่นตัวมาข้างหลังเพื่อให้เกิดความสมดุลในการถ่วงน้ำหนักของมดลูก ในระหว่างตั้งครรภ์จึงอาจทำให้เกิดอาการปวดหลัง ชาและปวดบริเวณแขนขา รู้สึก



อ่อนเพลียมาก โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 3 ที่สตรีตั้งครรภ์มักจะมีอาการปวดกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอว ปวดเอว รวมทั้งอาการปวดหลังช่วงล่างและก้นกบ (Limruangrong, 2017) ซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 53.95) เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในไตรมาสที่ 3 จึงมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 66.40 ระบุว่าเคยมีอาการปวดเอว อาจทำให้เกิดความไม่สบายอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานและการพักผ่อนของสตรีตั้งครรภ์ได้

1.1.2 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ที่พบมาก ได้แก่ มีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายมากขึ้น ร้อยละ 54.60 รองลงมาคือ ต้องหางานทำ ร้อยละ 40.10 และเสียโอกาสในการศึกษาต่อร้อยละ 32.20 อธิบายได้ว่าแม้ว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ระบุรายได้ถึง ร้อยละ 82.89 ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีรายได้พอกินพอใช้ร้อยละ 82.89 แต่ทั้งนี้พบว่าจำนวนมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 54.61) ระบุว่ายังอาศัยอยู่กับบิดาและ/หรือมารดาของตนเอง จึงอาจต้องใช้เงินจากหัวหน้าครอบครัวเป็นหลักอยู่ ถึงแม้ว่าส่วนหนึ่งจะระบุว่ามีงานทำ มีรายได้ แต่ก็ยังเป็นเพียงจำนวนน้อยคิดเป็นร้อยละ 17.11 ที่ระบุว่าไม่มีรายได้ชัดเจน นอกจากนี้ส่วนใหญ่มักรับการศึกษาเพียงระดับมัธยมศึกษาถึงร้อยละ 65.79 การทำงานที่ได้ค่าจ้างที่คิดตามระดับการศึกษาจึงทำให้ได้ค่าจ้างยังน้อย ไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของครอบครัวได้ทั้งหมด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว ค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอและนำไปสู่การกู้ยืมหนี้ในระบบในที่สุด (Toomhirun, 2007) นอกจากนี้ยังมีข้อมูลพบว่าการที่สตรีวัยรุ่นเลิกเรียนกลางคันส่งผลกระทบต่อชีวิตของแม่วัยรุ่นในระยะยาว ไม่สามารถหางานที่ดี มีรายได้สูงตามที่ต้องการได้ หากฝ่ายชายมีอายุใกล้เคียงกันก็อาจจะยังคงเป็นนักเรียนและไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว เป็นภาระของพ่อแม่ของทั้งสองฝ่าย (Somsri & Kengkasikit, 2011) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ระบุการมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ

1.1.3 ปัญหาด้านสังคม อารมณ์ จิตใจ จิตสังคม จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีปัญหาด้านสังคม ที่พบมากได้แก่ รู้สึกอายที่ตั้งครรภ์ ร้อยละ 7.20 และไม่ยอมกพบปะผู้คนร้อยละ 6.60 แต่ความรู้สึกว่าตนเองแปลกแยกจากผู้อื่นและรู้สึกว่าผู้อื่นไม่ยอมคุยด้วย เป็นปัญหาที่พบได้น้อยเพียงร้อยละ 2.60 ซึ่งหากดูระดับของปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ จิตสังคม จะมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.39$ , S.D. = 0.70) ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง รู้สึกอายที่ตั้งครรภ์และไม่ยอมกพบปะผู้คน เนื่องจากว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวนมากที่อยู่ในวัยเรียน ทำให้ต้องหยุดเรียนหรือเลิกเรียนกลางคัน ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษาและเสียอนาคตได้ ไม่เพียงแต่เกิดในครอบครัวของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเท่านั้น แต่ยังมีผลทางสังคมและเศรษฐกิจ ในระดับชาติ เกิดความเสื่อมเสียของครอบครัว เป็นเรื่องน่าอับอาย อาจถูกตำหนิจากสังคม หรือมีความจำเป็นต้องออกจากโรงเรียน เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว การไม่ได้รับการศึกษาหรือได้รับการศึกษาน้อย ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานและประกอบอาชีพในอนาคตของมารดาวัยรุ่น ในกรณีที่ฝ่ายชายยังเป็นวัยรุ่นด้วยกันก็มักประสบปัญหาเดียวกันคือไม่สามารถหางานที่มีรายได้สูงตามที่ต้องการ รายได้ไม่พอกับรายจ่ายและไม่สามารถให้การเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสมได้ (Saengeng et al., 2014) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้อาศัยอยู่กับบุคคลที่ใกล้ชิด จึงเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ มีบุคคลที่ปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาหรือช่วยคลายเครียดที่ช่วยสนับสนุนความต้องการอารมณ์ จิตใจ จึงทำให้ปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ จิตสังคม มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.39$ , S.D. = 0.70)



สตรีตั้งครรภ์มีปัญหาขณะตั้งครรภ์ในระดับมาก 2 เรื่องคือ คือกลัวการเจ็บครรภ์หรือการคลอด และกลัวบุตรมีภาวะผิดปกติ ( $\bar{X} = 3.71$ , S.D. = 1.34) และ ( $\bar{X} = 3.63$ , S.D. = 1.40) ตามลำดับ อธิบายได้ว่าตลอดการตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หลายอย่าง ในแต่ละช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ซึ่งอาจจำแนกตามไตรมาสโดยในช่วงไตรมาสแรกๆ มีครรภ์จะมีความรู้สึกไม่แน่ใจ (uncertainty) ว่าตนเองตั้งครรภ์หรือไม่ จึงพยายามที่จะหาข้อมูลเพื่อความมั่นใจด้วยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงร่างกายของตนเองที่บ่งบอกการตั้งครรภ์ หรือจะรู้สึกเสียใจอาลัยต่อบทบาทเดิมเพื่อการมีบทบาทใหม่ของการเป็นมารดาและส่วนหนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในระยะตั้งครรภ์และเกิดขึ้นได้ตลอดการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจรู้สึกตื่นเต้น ตีใจมาก บางครั้งเศร้าซึม ร้องไห้ง่ายโดยอธิบายเหตุผลไม่ได้ จึงทำให้สามีและคนใกล้ชิดไม่เข้าใจ ไม่ทราบจะช่วยเหลืออย่างไร สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวมีพัฒนาการในระยะตั้งครรภ์ที่จะแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทุกะบบยังส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และความวิตกกังวลแก่สตรีตั้งครรภ์เป็นอย่างยิ่ง อาจเนื่องจากการขาดประสบการณ์จึงกลัว และการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตั้งแต่ตั้งครรภ์ เพราะอาจจึงทำให้กลัวว่าบุตรจะมีความผิดปกติ จึงอาจกล่าวได้ว่าการตั้งครรภ์เป็นวิกฤตตามวุฒิภาวะในชีวิต (pregnancy as crisis) ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวจึงเป็นความรู้พื้นฐานในการให้การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวสามารถเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทได้อย่างเหมาะสม (Chareonsanti, 2017)

## 1.2 ความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แบ่งแต่ละด้าน ดังนี้

1.2.1 ความต้องการด้านร่างกาย ผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนความต้องการด้านร่างกายโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.84$ , S.D. = 0.79) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรกได้แก่ ความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลครรภ์และต้องการคำแนะนำในการเตรียมความพร้อมเป็นมารดาอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.05$ , S.D. = 0.99 และ  $\bar{X} = 3.97$ , S.D. = 1.03) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก (ร้อยละ 83.55) ยังไม่มีประสบการณ์ และยังไม่ค่อยมีความรู้ในการดูแลครรภ์ ร่วมกับการมีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายจากภาวะปกติ มาอยู่ในภาวะที่ต้องเตรียมตัวเป็นมารดา สภาพความเป็นอยู่ต่างๆ อาจเปลี่ยนแปลงไป บางรายอาจเกิดภาวะทุพโภชนาการ มีอุบัติการณ์ของภาวะเลือดจางในระหว่างตั้งครรภ์ และ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาสที่ 2 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 53.95 และ 31.58 ซึ่งจะทำให้ความสนใจต่อสุขภาพทารกในครรภ์ ระยะนี้สตรีตั้งครรภ์ สนใจใฝ่รู้ มีความพร้อมที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ การรับประทานอาหาร ต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับพัฒนาการทารกในครรภ์ เป็นระยะที่สตรีตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อการตั้งครรภ์ และมีพลังสูงในการดูแลตนเองส่งผลให้เกิดความต้องการในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับการดูแลครรภ์และต้องการคำแนะนำในการเตรียมความพร้อมเป็นมารดาเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Suwathan (2008) ที่สรุปว่าในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความต้องการการดูแลจากพยาบาลโดยรวมในระดับค่อนข้างสูง

1.2.2 ความต้องการด้านอารมณ์-จิตใจ ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความต้องการด้านอารมณ์-จิตใจ ค่าเฉลี่ยโดยรวม อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.67$ , S.D. = 0.99) ในรายข้อพบว่าต้องการสูงสุด 2 ข้อได้แก่ ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว และต้องการการดูแลเอาใจใส่จากแฟน/คนรัก ( $\bar{X} = 3.93$ , S.D. = 1.09;  $\bar{X} = 3.93$ , S.D. = 1.11 ตามลำดับ) และต้องการความเห็นอกเห็นใจ กำลังใจจากครอบครัว ( $\bar{X} = 3.88$ , S.D. = 1.05) ซึ่งสอดคล้องตรงกับการเปลี่ยนแปลงของสตรีตั้งครรภ์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ไม่คงที่ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้นและต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งจากคู่ครอง ครอบครัวและสังคมเพื่อเป็นพื้นฐานในการให้ความ





รัก ความเอาใจใส่ (Phromchaisa, Kantaruksa, & Chareonsanti, 2014) ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องมาจากความต้องการด้านจิตใจ เป็นความต้องการความปลอดภัยและความสำเร็จในด้านต่าง ๆ ของชีวิต เนื่องจากวัยรุ่นอาจตกอยู่ในภาวะที่สับสน ระหว่างการเป็นมารดาที่เป็นบทบาทของผู้ใหญ่ในขณะเดียวกันก็ยังมีความต้องการของวัยรุ่นทั่วไป และยังได้รับความกดดันจากสังคมรอบข้าง การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุน การให้คำปรึกษาทั้งในรายบุคคล รายกลุ่ม หรือครอบครัวบำบัด อาจช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวเผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม หากความต้องการด้านอารมณ์-จิตใจ ไม่ได้รับการตอบสนอง อาจจะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกว่าการตนเองไม่ปลอดภัย เกิดความเครียดได้ง่าย อาจจะมีผลต่อทารกในครรภ์และบุคคลในครอบครัวได้ (Ronglue, Talengjit, & Siriborirak, 2012)

1.2.3 ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความต้องการด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.74$ , S.D. = 0.95) ในรายข้อพบว่า การมีงานทำเพื่อมีรายได้ในการดูแลบุตรและต้องการเงินช่วยเหลือสนับสนุน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ( $\bar{X} = 3.88$ , S.D. = 1.12;  $\bar{X} = 3.60$ , S.D. = 1.10 ตามลำดับ) เนื่องจาก สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่อายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 90.78) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 65.79) และไม่ระบุนายได้ (ร้อยละ 82.89) การที่มีการศึกษาน้อยทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบต่อการศึกษาส่งผลต่อความมั่นคงทางอาชีพ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงยังต้องพึ่งพาจากครอบครัว บิดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ronglue et al. (2012) ที่สรุปว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความต้องการที่จะได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การมีอาชีพและรายได้เพื่อการเลี้ยงดูบุตร

1.2.4 ความต้องการด้านสังคม ผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการด้านสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.65$ , S.D. = 0.77) โดยมีรายข้อที่มีความต้องการอยู่ในระดับสูงได้แก่ ความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง เช่น เพื่อน ญาติ แฟน เป็นต้น ( $\bar{X} = 3.65$ , S.D. = 1.06) อธิบายได้ว่าการตั้งครรภ์เป็นเสมือนความรับผิดชอบของผู้ใหญ่ ซึ่งกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกันอาจจะไม่เข้าใจประกอบกับการไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว บิดา มารดาทั้งของตนเองและของคู่ครอง ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ว่าเหว โดดเดี่ยวและไม่เป็นที่ยอมรับจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ronglue et al., (2012) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะถูกทอดทิ้งจากสังคม กลุ่มเพื่อน ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงมีความต้องการการยอมรับจากบุคคลรอบข้างต่อการตั้งครรภ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่เปราะบางและมีความต้องการคำปรึกษาที่ช่วยให้สามารถตัดสินใจเลือกทางในการเผชิญปัญหาที่จะตามมา ถ้าไม่ได้รับการตอบสนอง อาจจะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเผชิญความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยตนเองหรืออาจจะตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ผิดได้แก่ การทำร้ายตนเองได้

**2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ สถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ระดับดี ( $\bar{X} = 3.51$ , S.D. = 0.43) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองขณะตั้งครรภ์ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายขณะตั้งครรภ์ ด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.87$ , S.D. = 0.72; 3.64, S.D. = 0.46 และ 3.91, S.D. = 0.51) ตามลำดับ พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ( $\bar{X} = 3.26$  (S.D. = 0.85) และ 2.81 (S.D. = 0.80) ตามลำดับ) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองขณะตั้งครรภ์ โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.87$  (S.D. = 0.72)



โดยมีพฤติกรรมรายช้อยอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ มาตรวจตามนัด ( $\bar{X} = 4.52$ , S.D. = 0.61) และเมื่อไม่สบาย ไม่ซื้อยารับประทานเอง ( $\bar{X} = 4.91$  (S.D. = 0.53) อธิบายได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาสที่ 2 และ 3 (ร้อยละ 85.53) มักจะต้องมาตามวันนัดด้วยกิจกรรมในการให้บริการสุขภาพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยทั่วไปการนัดจะนัดตามช่วงอายุครรภ์ โดยอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ นัดทุก 4 สัปดาห์ อายุครรภ์ 28-35<sup>+</sup> 6 สัปดาห์ นัดทุก 2 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไปนัดทุกสัปดาห์ (Lertsakornsiri, 2015) แต่หากมีความจำเป็นต้องติดตามการดูแลสุขภาพมารดาและทารก สตรีตั้งครรภ์อาจถูกนัดให้มานอกเหนือจากที่กำหนดนี้ได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องเป็นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ดีที่ต้องมีการปฏิบัติเพื่อจะเป็นประโยชน์ในการมาติดตามสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้หากสตรีตั้งครรภ์ไม่สบายจะไม่ซื้อยารับประทานเอง เป็นข้อปฏิบัติของสตรีตั้งครรภ์อีกเรื่องหนึ่งเพราะยาบางชนิดหากรับประทานในขณะที่ตั้งครรภ์ อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ได้ สตรีตั้งครรภ์จึงจะได้รับการประเมินและการให้คำแนะนำในการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่ในครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ (Limruangrong, 2017)

2.2 ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.64$ , S.D. = 0.46) โดยรายช้อยเกือบทุกช้อยอยู่ในระดับดี ยกเว้น การออกกำลังกาย 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ และการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องอยู่ในระดับน้อย อธิบายได้ว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายในระดับดี โดยสามารถปฏิบัติกิจกรรมขณะตั้งครรภ์ เช่น โดยอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง แปรงฟันและรักษาความสะอาดช่องปากหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน นอนหลับในช่วงกลางวัน วันละ 1/2 - 1 ชั่วโมง นอนหลับในช่วงกลางคืนวันละ 8 - 10 ชั่วโมง เป็นต้น ซึ่งถือว่าพฤติกรรมเหล่านี้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดี ส่วนการออกกำลังกาย 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ และการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง พบว่ามีพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุงเนื่องจากการมีปฏิบัติอยู่ระดับน้อย ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของ Clapp III, Kim, Burciu and Lopez in Uthittaya (2014) ที่เสนอว่า การออกกำลังกายเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกตลอดการตั้งครรภ์ อย่างน้อยครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป โดยปฏิบัติอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายในระหว่างตั้งครรภ์มีผลดีต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ทั้งในด้านสรีรวิทยา ด้านจิตใจ และต่อทารกในครรภ์ นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นควรออกกำลังกาย/บริหารร่างกายซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วิตกกังวลต่อการคลอดน้อยลงและมีความรู้สึกมั่นใจว่าจะทนต่อความเจ็บปวดขณะคลอดมากขึ้น

2.3 ด้านโภชนาการ ผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.91$ , S.D. = 0.51) โดยในรายช้อยพบว่า ไม่ดื่มกาแฟหรือน้ำชา ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 4.68$ , S.D. = 0.80; 4.85, S.D. = 0.61 และ 4.91, S.D. = 0.53 ตามลำดับ) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า เนื่องจากกาแฟหรือชา มีคาเฟอีนสามารถผ่านรกเข้าสู่ทารกในครรภ์ได้ ดังนั้นทารกจะได้รับคาเฟอีนเช่นเดียวกัน เมื่อรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเข้าไป ไม่เป็นผลดีต่อร่างกายทำให้ใจสั่นและนอนไม่ค่อยหลับ ส่วนการสูบบุหรี่ก็จะมีผลต่อทารกทำให้ทารกน้ำหนักตัวน้อยได้ (Winick cited by Moore, 1981) และการดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดปัญหากับทารกในครรภ์คือกลุ่มอาการผิดปกติของทารกในครรภ์ (fetal alcohol syndrome) การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behaviors) ที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นปฏิบัติอย่างถูกต้องในชีวิตประจำวันเช่น การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการอย่างสม่ำเสมอ



ก็จะช่วยให้มีสุขภาพที่ดีและช่วยป้องกันหรือควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของมารดา และทารกคลอด ตลอดจนช่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติต่าง ๆ ไปได้ (Wongman et al., 2014)

2.4 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.26$ , S.D. = 0.85) โดยในรายข้อพบว่า การมีการปรึกษาร่วมกันในเรื่องการฝากครรภ์ และการมีการปรึกษาร่วมกันกับแฟน/คู่รักในเรื่องการวางแผนการเลี้ยงดูบุตร อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.67$ , S.D. = 1.20 และ  $\bar{X} = 3.63$ , S.D. = 1.08 ตามลำดับ) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการตั้งครรภ์ และการเลี้ยงดูบุตรในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญที่มีอิทธิพลในทางบวกต่อการปฏิบัติและพฤติกรรมในการเลี้ยงดูของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งส่งผลให้ความสัมพันธ์และความขัดแย้งของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อทารกคลอด นอกจากนี้การได้รับการยอมรับและกำลังใจจากสามีและ/หรือครอบครัว จะส่งผลให้มีจิตใจที่ดีขึ้น เห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงการมีสังคมยอมรับ ซึ่งจะเห็นว่าการสนับสนุนทางอารมณ์จากคนรอบข้างเป็นสิ่งสำคัญต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ในปัจจุบันพบว่าครอบครัว คู่ครอง และเพื่อนร่วมงานมีผลต่อการสนับสนุนแตกต่างกัน แต่สามารถเสริมในรูปแบบของการสนับสนุนสำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นบวกมากขึ้น (Bunting, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kangrang (2009) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกด้านและโดยรวมขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5 ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.81$ , S.D. = 0.80) ในรายข้อพบว่า ปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา และนั่งสมาธิหรือสวดมนต์ทุกวันอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.41$ , S.D. = 1.23 และ  $\bar{X} = 2.26$ , S.D. = 1.08 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตวิญญาณของ Fowler (2001) ที่พัฒนาการด้านนี้จะสอดคล้องไปกับพัฒนาการทางสติปัญญา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสังคม อาจมีผลให้วัยรุ่นยังไม่มี ความมั่นคงทางจิตวิญญาณหรือมีมิติจิตวิญญาณในระดับปานกลาง ดังนั้นการปลูกฝังค่านิยม ความเชื่อและการปฏิบัติตามหลักศาสนาของครอบครัวและเพื่อน จะช่วยให้วัยรุ่นมีพัฒนาการทางจิตวิญญาณที่ดี (Chamratrithirong et al, 2010)

2.6 ด้านการจัดการกับความเครียด ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการจัดการกับความเครียดส่วนใหญ่ 3 อันดับแรกได้แก่ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ และเดินเที่ยวซื้อของ อธิบายได้ว่าวัยรุ่นจะเริ่มมีความสามารถในการรับรู้ตนเองด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านเอกลักษณ์ (identity) เริ่มแสดงออกถึงสิ่งที่ตนเองชอบ สิ่งที่ตนเองถนัด ซึ่งแสดงถึงความเป็นตัวตนที่โดดเด่น จึงทำให้วัยรุ่นเลือกกิจกรรมที่ตนเองชอบและถนัดที่สุด (Katumarn, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hurlock (1995) ที่กล่าวว่าวัยรุ่นมีความสนใจ 3 ด้านได้แก่ ความสนใจทางสังคม (Social Interests), ความสนใจส่วนบุคคล (Personal Interests) และความสนใจในการพักผ่อนหย่อนใจ (Recreational Interests) ซึ่งหากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวได้ทันต่อการพัฒนาการด้านต่างๆ ที่เป็นไปอย่างรวดเร็วก็อาจจะส่งผลเสียต่อตัววัยรุ่นเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัววัยรุ่นได้

### 3.เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความพร้อม/ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง

3.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยรวมของกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.54$ , S.D.=0.50) ขณะที่กลุ่มที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์มีการดูแล



ตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.48$ , S.D.=0.32) พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ด้านการจัดการกับความเครียดทั้งกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ และกลุ่มที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ มีการใช้วิธีการจัดการความเครียด 3 อันดับแรกเหมือนกันคือ การฟังเพลง (ร้อยละ 86.21 และ 96.92) ดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 85.06 และ 86.15) และเดินเที่ยวซื้อของ (ร้อยละ 49.43 และ 61.54) อธิบายได้ว่า โดยทั่วไปหากกล่าวถึงการส่งเสริมพัฒนาการตามวัยแล้ว การตั้งครรภ์จะเป็นการส่งเสริมพัฒนาการที่อยู่ในช่วงสตรีวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 20-35 ปี) ซึ่งเป็นระยะที่มีความเหมาะสมที่จะมีการตั้งครรภ์และการคลอด กล่าวคือมีความพร้อมที่จะตั้งครรภ์ในทุกด้าน ซึ่งจะมีการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรส ให้มีการเตรียมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจก่อนการตั้งครรภ์ และให้การดูแลตลอดระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด มีการสอนหรือชี้แนะเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ทั้งสตรีวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรส การให้คำปรึกษาทางคลินิกกับบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรสในการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ (Srisawad, 2017) และจากความพร้อมนี้จึงนำไปสู่การดูแลตนเองและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ดีจากที่ได้มีการเตรียมความพร้อมเช่นกัน แต่จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 57.24 และ 42.76 ตามลำดับ โดยการให้เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่ามีความพร้อมในการตั้งครรภ์คือ การมีคู่ ครอบครัวยอมรับ และมีงานทำ (ร้อยละ 45.36, 44.33 และ 10.31 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ให้เหตุผลว่า เรียน ครอบครัวยอมรับ หย่าร้าง อายุน้อย/ไม่มีงานทำ (ร้อยละ 73.68, 21.68, 3.51 และ 1.75 ตามลำดับ) ซึ่งกลุ่มที่ระบุว่ามีความพร้อมในการตั้งครรภ์มักจะมีการยอมรับการตั้งครรภ์ได้เร็วและนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง จึงทำให้ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มที่พร้อมในการตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มที่ระบุว่าไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์

3.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดลำปางกลุ่มที่มีความพร้อม/ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) ผลการเปรียบเทียบพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์กับกลุ่มที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $p = 0.02$  ( $\chi^2 = 7.55$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้จากข้อมูลที่พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยรวมของกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.54$ , S.D.=0.50) ขณะที่กลุ่มที่ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.48$ , S.D.=0.32) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นของทั้งสองกลุ่ม ในแต่ละด้านพบว่าอยู่ในระดับเดียวกัน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองขณะตั้งครรภ์ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายขณะตั้งครรภ์ ด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี และค่าเฉลี่ยด้านความรับผิดชอบต่อในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนสูงสุดทั้งสองกลุ่ม ส่วนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง แต่ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์จะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ อาจเป็นเพราะวัยรุ่นเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจ ไปสู่สภาวะที่ต้องมีความรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง และเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วุฒิภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเฉพาะช่วงแรกจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมาก ทำให้วัยรุ่นกลับมาให้ความสนใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น การ





ทำให้ตนเองดูดีทั้งภายนอกและภายในร่างกาย เป็นประเด็นหนึ่งที่วัยรุ่นให้ความสนใจ และสนใจ (Yoosuk, 2012) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบจึงพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริการพยาบาล หน่วยบริการควรเน้นให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการดูแลตนเองตามไตรมาส การเตรียมตัวเพื่อการคลอด และการเตรียมตัวเป็นมารดาเพราะพบว่าสตรีตั้งครรภ์ต้องการความรู้ในการดูแลครรภ์และคำแนะนำในการเตรียมความพร้อมเป็นมารดา รวมทั้งมีปัญหากลัวการเจ็บครรภ์หรือการคลอด อยู่ในระดับสูง
2. ด้านบริหารพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความรับผิดชอบในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนสูงสุดทั้งสองกลุ่ม ผู้บริหารพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลนี้ไปพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีความเฉพาะกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมทั้งกระตุ้นให้ครอบครัวได้ร่วมแสดงบทบาทในการดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างชัดเจนเนื่องจากพบว่า สตรีตั้งครรภ์ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว และจากแฟน/คนรัก เป็นความต้องการด้านอารมณ์ จิตใจสูงสุด
3. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลที่สอน/เตรียมนักศึกษาพยาบาลต้องเน้นให้นักศึกษาแสดงออกถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งการฝึกภาคปฏิบัติในการให้บริการสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ต้องแสดงออกถึงการยอมรับการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นเนื่องจากพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกอายที่ตั้งครรภ์

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดลำปางและเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงระยะเวลาจำกัด จึงควรศึกษาเพิ่มเติมให้กลุ่มตัวอย่างมีความครอบคลุมและมีบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างกว้างขวางเพิ่มขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาโปรแกรมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตรงความต้องการและมีความเฉพาะเจาะจงกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางที่ได้สนับสนุนทุนในการทำวิจัย ขอขอบคุณโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ในการศึกษาวิจัยที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

- Boonsin, K., & Chunuan, S. (2009). Health Perception and Risk Prevention Behaviors among Primipara Pregnant Women in Songklanagarind Hospital. *12th Region medical journal*, 12(2), 11-28. (in Thai).
- Bunting. (2009). Teenage pregnancy and motherhood. Centers for Disease Control and Prevention (CDC: 2011). Preventing Teen Pregnancy in the US Vital Signs.





- Chamratrithirong, A., Miller, B. A., Byrnes, H. F., Rhucharoenporpanich, O., Cupp, P. K., Rosati, M. J., & Chookhare, W. (2010). Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Social science & medicine*, 71(10), 1855-1863.
- Chancharoen, K. (2009). Population Determination and Sample Groups in Nursing Research: Concepts, Principles, and Practices. Wirotkun, P. (Eds.). Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Chareonsanti, J. (2017). *Nursing and Midwifery: Women in Pregnancy*. Chiang Mai: Siam Pimnana. (in Thai).
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2017). Birth Statistics of Women Aged 10-19 Years in The Annual Report, Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Fowler, J. W. (2001). Faith Development Theory and The Postmodern Challenges. *International Journal for the Psychology of Religion*, 11(3), 159-172.
- Hurlock, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Kangrang, P., & Soiy Anusornteerakul, S. (2010). The Effects of Health Promotion Program with Family Support on Health Promoting Behavior of Pregnant Adolescent at Mahasarakham Hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*, 6(4), 26-32. (in Thai).
- Katumarn, P. (2007). "Adolescent Development". [Online], Available: [http://www.psyclin.co.th/new\\_page\\_56.htm](http://www.psyclin.co.th/new_page_56.htm). (2019, 10, June). (in Thai).
- Kovavisarach, E., Promsonthi, P., & Ratchachakul, B. (editor). (2011). *Pregnancy in High-Risk Mothers*. Bangkok: Union Creation. (in Thai).
- Lertsakornsiri, M. (2015). *Nursing of Women During Pregnancy and Childbirth*. Bangkok: Assumption 51. (in Thai).
- Limruangrong, P. (2017). *Prenatal Nursing Care*. Bangkok: Textbook Project, Faculty of Nursing Mahidol University. (in Thai).
- Ngoenying, S., Suppasri, P., & Suppasrimanont, W. (2013). Effects of Health Promotion Program on Nutrition Health Behavior and Stress Management in Pregnant Adolescents. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 21(4), 37-48. (in Thai).
- Pender, N. J. (2011). The Health Promotion Model Manual. Retrieved from <http://www.nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>
- Phromchaisa, P., Kantaruksa, K., & Chareonsanti, J. (2014). Effect of Social Support Enhancement on Maternal Role Among Adolescent Pregnant Women. *Nursing Journal*, 41(2), 97-106. (in Thai).
- Rongluen, S., Talengjit, P., & Siriborirak, S. (2012). Unwanted Pregnancies in Teenagers: A Survey of Problems and Needs for Health Care Support. *Siriraj Nursing Journal*, 5(1), 14-28. (in Thai).



- Saengeng, K., Sukrat, B., Covavisaruch, E., Phrompraphat, P., & Kanjanawetang, J. (2014). *A Guide to Practice Guidelines for Caring for Teenage Mothers* (2nd). Bangkok: Kaew Chao Chom Media and Publishing Center. (in Thai).
- Sairodrung, W., Noukaew, W., Athaseri, S., & Chaisaina, R. (2007). Effects of A Self-Help Group on Health-Promoting Behaviors in Teenage Pregnancy. *Thai Journal of Nursing*, 56(1-2), 35-47. (in Thai).
- Simarak, S. & Tongsong, T. (2014). *Pregnancy and Birth* (5 th). Bangkok: P.B. Forrest Books Center. (in Thai).
- Lampang Provincial Health Office. (2017). *Annual Report 2016*, Lampang Provincial Health Office. Lampang: Lampang Provincial Health Office. (in Thai).
- Somsri, S. & Kengsakikit, B. (2011). *Pregnancy and Child Rearing Behavior of Adolescents with Premature Sex and Needing Help in Academic Support Area 8*, Technical Promotion and Support Office, Region 8, Lopburi Province, Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai).
- Sriduangchote, S. (2011). *The Effect of Pregnancy and Labor in Teenage Mothers and Adult Mothers*. Nakhon Ratchasima: Health Center 5, Nakhon Ratchasima. (in Thai).
- Srisawad, K. (2017). Role of Midwife in Preconception Care. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 37(4), 157-165. (in Thai).
- Suwachan, L. (2008). *Caring Needs, Perception of Caring Behaviors, and Satisfaction about Nurses' Caring Behaviors of Adolescent Pregnant Women* [Thesis]. Bangkok: Mahidol University. (in Thai).
- Toomhirun, K. (2007). *Families, Parents, Teens. Document for Academic Year 2010, Joining Thinking, Learning and Fighting Thai Family Crisis*. 11-12 February 2010. (in Thai).
- Uthittaya, P. (2014). *Effect of Self - Efficacy Promoting Program at Home on Self Care Behavior of Primigravida Adolescents*. [Thesis]. Chon Buri: Burapha University. (in Thai)
- Wanniyom, N., & Pansata, K. (2010). *Study on Health Behavior of Pregnant Adolescent Mothers at Sung Noen Hospital, Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province*. *Journal of Nakhonratchasima College*, 4(2), 11-18. (in Thai).
- Wongman, N., Sangiamchit, P., & Vongprasert, J. (2014). *Health Promoting Behaviors of Teenage Pregnant Women Ubon Ratchathani Province*. *Research and Development Health System Journal*, 7(1), 158-168. (in Thai).
- Yoosuk, Y. (2012). *Psychosocial and Environmental Problems and Need Assessment of Pregnant Adolescents : A Case Study Approach at King Chulalongkorn Memorial Hospital* [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai).



## The Evaluation of Nursing Process Teaching by Using Case Analysis and Actual Situation in Hospital on The Nursing Care Plan Ability among The Second Year Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai

Nutthachayada rajchawail,\* Paweena yotsurin,\* Pakwipa Tancharoen\*  
Tawee Rearungchom,\* Pannipha Tomduangkaew\*

(Received June 1, 2020, Revised: August 5, 2020, Accepted: September 30, 2020)

### Abstract

The nursing process is a potential tool for professional nurses. However, nursing students do not understand how to apply the nursing process to nursing practice. This is due to the fact that the nursing process requires the use of nursing knowledge, nursing theory, and *scientific* methods, including analyzing data, summarizing nursing problems, and developing nursing diagnosis. Nevertheless, the nursing diagnosis is a statement indicating several different potential problems a patient may face. Thus, nurses should be concerned a number of *factors* may contribute to many health problems in each person. The purpose of this research was to evaluate the teaching and learning about conceptual concepts, theories and a nursing process by using case studies and real situations on the wards. Samples were 147 a 2nd year nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai who enrolled in concepts, theory and process of nursing class in semester 1, Academic Year 2018, and had no experience about learning in the clinical setting. The research instruments were 1) the instructional management plan by using case studies as a simulation; 2) teaching plan by using real case studies; and 3) the evaluation form to measure the ability of nursing students in developing nursing care plans. The reliability of three instruments were 0.91, 0.91 and 0.61, respectively. A pair t-test and Wilcoxon signed-rank test was conducted to evaluate the ability of nursing students before and after attending the program.

The results showed that after finishing the program, the average score of nursing planning ability in nursing students had significant improved than before participating the program ( $p$ -value  $< 0.001$ ). It can be seen that the teaching methods by using a case study analysis and practicing a nursing process in real situations could be beneficial to nursing students' ability for developing nursing care plans.

**Keywords:** Nursing process; Using case analysis; Actual situation

---

\* Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai



## การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนเรื่องกระบวนการพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์กรณีศึกษา และสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยต่อความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

ณัฐชญาดา ราชวัง,\* ปวีณา ยศสุนทร\*  
พัทรวรรณ ตันเจริญ,\* ทวี เรืองโฉม,\* พรณณิศา ต่อมดวงแก้ว\*

(วันรับบทความ : 1 มิถุนายน 2563, วันแก้ไขบทความ : 5 สิงหาคม 2563, วันตอบรับบทความ : 30 กันยายน 2563)

### บทคัดย่อ

กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือของพยาบาลวิชาชีพ แต่หลายการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลยังไม่เข้าใจกระบวนการพยาบาลและนำทฤษฎีไปใช้ปฏิบัติทางคลินิกได้ไม่ดีพอ ทั้งนี้ เนื่องจาก กระบวนการพยาบาลต้องอาศัยการนำองค์ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาล รวมทั้งหลักการทางด้านวิทยาศาสตร์ ข้อมูลของการประเมินภาวะสุขภาพนำมาสู่การวิเคราะห์ การประมวลผลสรุปปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เขียนเป็นวินิจฉัยทางการพยาบาล แต่ปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับ หลากหลายปัจจัย และต้องพิจารณาผลลัพธ์และความเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น แล้ววางแผนแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและผู้รับบริการหรือเรียกว่าการวางแผนการพยาบาล วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อประเมินผลการจัดการเรียนการสอนเรื่องกระบวนการพยาบาลในรายวิชา มโนคติ ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล โดยใช้กรณีศึกษาและสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยต่อความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ กลุ่มประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชา มโนคติ ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 และไม่มีประสบการณ์ และยังไม่เคยฝึกปฏิบัติการพยาบาลจริงที่เข้าร่วมการวิจัยโดยการสมัครใจจำนวน 147 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นสถานการณ์จำลอง และแผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาผู้ป่วยจริง และ แบบทดสอบอัตนัยประยุกต์วัดความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91, 0.91 และ 0.61 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในประชากรหนึ่งกลุ่ม (pair t-test) และการทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon signed-rank test) ผลการศึกษา พบว่าภายหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนในวิชา มโนคติ ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการวางแผนการพยาบาลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) เห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนแบบการวิเคราะห์กรณีศึกษาและฝึกการใช้กระบวนการพยาบาลในสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยแก่นักศึกษาส่งเสริมความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** กระบวนการพยาบาล; การวิเคราะห์กรณีศึกษา; การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์

\* อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่



## บทนำ

ปรัชญาของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ สถาบันสมทบของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชื่อว่าการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีศาสตร์และศิลป์ในการใช้กระบวนการพยาบาลดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการแบบองค์รวมบนพื้นฐาน ตอบสนองระบบบริการสุขภาพของชาติ ที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น และสามารถวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจทางคลินิกที่ดี เกิดสมรรถนะเชิงวิชาชีพตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษา มีความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ มีวิจารณญาณ รู้จักแก้ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ (Boromarajonani College of Nursing Chiangmai, 2017)

การนำ“กระบวนการพยาบาล” ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลต่อผู้ป่วยและผู้รับบริการ ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาล หลักการทางด้านวิทยาศาสตร์ที่นำมาสู่การวิเคราะห์ สร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล (Harnyoot, O., 2014) เนื่องจากลักษณะของปัญหาของผู้ป่วยและผู้รับบริการ มีความแตกต่างกัน ขึ้นกับ อายุ เพศ สภาพร่างกาย ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โรคที่เป็น ความรุนแรงของโรค อาการและอาการแสดง การที่จะตัดสินใจแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและผู้รับบริการ มาจากกระบวนการพยาบาล ที่มีองค์ประกอบคือ การรวบรวมข้อมูล คิดประมวล ประเมิน ข้อมูล และสิ่งประกอบต่าง ๆ ของผู้ป่วย แล้วหาแนวทางแก้ปัญหาที่ดีที่สุด ซึ่งบางครั้งปัญหาของผู้ป่วยและผู้รับบริการ มีความเสี่ยง มีผลลัพธ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ การจัดการกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการ ให้ได้ผลลัพธ์ที่ถูกต้อง ปลอดภัยและเหมาะสมนั้น เกิดจากการจัดการเรียนการสอนแนวคิดกระบวนการพยาบาลให้เกิดเข้าใจ และสามารถใช้กระบวนการแก้ปัญหาและความต้องการนี้อย่างเป็นระบบ

กระบวนการพยาบาล เป็นสิ่งยากต่อการเข้าใจ และการนำไปใช้ต้องอาศัยกระบวนการคิดแบบพิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล นำมาประกอบร่วมกับความรู้ความคิดและประสบการณ์ของพยาบาล แต่ปัญหาของกระบวนการพยาบาลในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างจากกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการพยาบาลจนถึงขั้นการวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจาก นักศึกษาพยาบาลยังพร่องประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ การขาดความแม่นยำเกี่ยวกับโรค พยาธิของโรค ทฤษฎีการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพ ด้านความรู้ และด้านทักษะในการใช้กระบวนการในแต่ละขั้นตอน (Lertwittayakul, T., & Pholputta, L., 2018; Wanthanatas, W., 2016; Vitoonmetha, M., Niputhutpong, S., lemsam-Ang, M., & Tejangkura, L., 2016; Kanittha, R., Leksawasdi, N., Nanasilp, P., Junmahasathien, S., & Anusasananun, B., 2007) ความเข้าใจและการแปลผลที่เกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การใช้ทักษะทางด้านปัญญา ได้แก่ การแยกแยะข้อมูล การตีความ การแปลผล การเชื่อมโยงข้อมูลทุกอย่าง ด้านของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมาเชื่อมโยงจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ข้อมูล การเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา รวมทั้งขาดการสังเกตที่ละเอียดถี่ถ้วน และความรอบคอบมีน้อย ((Boromarajonani College of Nursing Chiangmai, 2018) มีเวลาจำกัดในการศึกษาเพิ่มเติมจากเอกสาร ตำรา ความรู้ไม่ลึกซึ้งเพียงพอเกี่ยวกับพยาธิสภาพหรือสาเหตุของปัญหาของผู้ป่วยที่ดูแลรับผิดชอบ (Vibulcha, N., & Boranmoon, G, 2014) รวมทั้งรายงานสรุปการประชุม After Action Review : AAR ของคณะอาจารย์ภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2559-2560 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ พบว่านักศึกษายังไม่เข้าใจกระบวนการพยาบาลและนำทฤษฎีไปใช้ทางคลินิกไม่ได้





ไม่สามารถนำข้อมูลที่รวบรวมจากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ สนับสนุนให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย (Client's needs or problems) มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis Statement) การกำหนดเป้าหมายการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินไม่ถูกต้อง ซึ่งในปีการศึกษาที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนเรื่องกระบวนการพยาบาล เป็นรูปแบบการบรรยาย และผลการประเมินเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการเขียนรายงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 และ 4 พบว่านักศึกษาใช้เวลามาก โดยเฉพาะการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ต้องตีความหมายจากข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ส่งผลให้นักศึกษารู้สึกเกิดความเหนื่อยล้า และหมดกำลังใจในการเขียนรายงานทางการพยาบาล แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาไม่สามารถวางแผนการพยาบาลได้ และจากการทบทวนงานวิจัยพบข้อเสนอว่า ควรเน้นการเสริมสร้างความรู้ทางทฤษฎีและทักษะการนำข้อวินิจฉัยการพยาบาลไปใช้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง (Lertwittayakul, T., & Pholputta, L., 2018) รวมทั้งการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาการคิดวิเคราะห์ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ในขณะที่เรียนกระบวนการพยาบาล (Yilmaz, T. F., Sabanciogullari, S., & Aldemir, K., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลพบว่า การเรียนรู้ด้วยการใช้กรณีศึกษา โจทย์สถานการณ์ สามารถพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย (Narkbubpha, R., & Thungtin, P., 2017) และรูปแบบการจัดการเรียนรู้จากประสบการณ์ เป็นการเรียนรู้โดยอาศัย ประสบการณ์ที่ผู้เรียนได้มีโอกาสรับประสบการณ์ที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ก่อน ซึ่งประสบการณ์จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ชัดเจน เนื่องจากการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม สามารถนำไปสู่การเรียนรู้เชิงนามธรรม อันจะส่งผลต่อการคิด การปฏิบัติหรือการกระทำใหม่ ๆ ต่อไป การที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้นั้นจำเป็นต้องให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับการออกแบบไว้เพื่อให้การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องจนครบถ้วนซึ่งรูปแบบจำลองที่ใช้อธิบายการจัดการเรียนรู้จากประสบการณ์ คือ Kolb's model (Kolb, 1984) ซึ่งประกอบด้วย 1) ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective experience) 3) มโนทัศน์เชิงนามธรรม (abstract experience) และ 4) การทดลองปฏิบัติ (active experience) (Kolb, 1984) ในการศึกษาทางการพยาบาลนิยมใช้ การศึกษาโดยใช้สถานการณ์จำลอง หรือสถานการณ์เสมือนจริงโดยเฉพาะสถานการณ์พิเศษ วิกฤต ห้องคลอด ผ่านการการอภิปราย การสะท้อนคิด จนได้เป็นองค์ความรู้ (Tantalanukul, S., Rattanasak, S., Sengpanich, C., Srisung, W., & Tungkawanich, T., 2016) อีกทั้งยังพบว่าการเรียนการสอนโดยเน้นประสบการณ์ช่วยให้นักศึกษาบรรลุเป้าหมายในรายวิชาที่ศึกษา เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พัฒนาผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ได้เป็นอย่างดี (Rakthai, D., Cheeprosop, N., & Pongsang, S., 2017; Suapumee, N., Naksrisang, W., & Singhasem, P., 2017) นอกจากนี้ยังได้รับประสบการณ์ทางคลินิก ได้เรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์เกี่ยวกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพ (Gordon, M. R., 2018; Shellenbarger, T. & Hagler, D., 2015; Johannesson, E., Silen, C., Kvist, J., & Hult, H., 2013) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาดังกล่าวยังมีข้อเสนอแนะให้นักศึกษาได้สื่อสาร พูดคุย ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยเพื่อรวบรวมข้อมูล ซึ่งหากนักศึกษาได้รับประสบการณ์จริงแล้วนำประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาร่วมสะท้อน อภิปราย เกิดการคิดวิเคราะห์ และสรุปเป็นมาโนทัศน์หลักการที่ผู้เรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงต่อไป ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเลือกการเรียนรู้ด้วยการใช้กรณีศึกษาและการเรียนรู้ประสบการณ์จากสถานการณ์จริง เพื่อพัฒนาความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาล



บรมราชชนนี เชียงใหม่ ถือเป็นหนึ่งในรูปแบบที่จะช่วยเสริมสร้างการคิดวิเคราะห์ในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการจัดการเรียนการสอนเรื่องกระบวนการพยาบาลในรายวิชา มโนคติ ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์กรณีศึกษาและการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย ต่อความสามารถในการวางแผนทางการพยาบาลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ เพื่อศึกษาความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ลงทะเบียนเรียนวิชา มโนคติ ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล และวิชา หลักการและเทคนิคการพยาบาลในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb, 1984) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective experience) 3) มโนทัศน์เชิงนามธรรม (abstract experience) และ 4) การทดลองปฏิบัติ (active experience) มาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ซึ่งเป็นการให้นักศึกษาได้ฝึกคิดวิเคราะห์ สะท้อนความคิดเห็น ความรู้สึกในการใช้กระบวนการพยาบาลด้วยการอภิปราย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสรุปเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำกระบวนการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เมื่อนักศึกษามีความรู้และความเข้าใจจากกระบวนการตามแนวคิดข้างต้นอย่างต่อเนื่องแล้ว จะเป็นการช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการแก้ไขปัญหาและวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อไป



| Kolb 's model                                           | 1 กิจกรรมการเรียนรู้การสอน<br>โดยการวิเคราะห์กรณีศึกษา                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 กิจกรรมการเรียนรู้การสอน<br>ใช้สถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ขั้นที่ 1<br>รับรู้ประสบการณ์<br>การรับรู้ธรรม          | -บรรยายกระบวนการพยาบาล<br>เพื่อนำเสนอเนื้อหาทฤษฎี<br>ประเด็นการเรียนรู้ เกี่ยวกับ<br>ความหมาย ความสำคัญ ขั้นตอน<br>ของกระบวนการพยาบาล<br>- กิจกรรมให้คิด เล่าประสบการณ์<br>และใช้ตัวอย่างกรณีศึกษาร่วม<br>อภิปราย                                                                                                       | แบ่งนักศึกษาตามกลุ่มทดลองในวิชา พย.1202<br>หลักการและเทคนิคทางการพยาบาล<br>มอบหมายให้ ดำเนินการประเมินสภาพผู้ป่วย<br>จริงตามกระบวนการพยาบาล<br>ประเด็นการเรียนรู้=ความหมาย ขั้นตอน<br>ข้อมูลเชิงประจักษ์ และอัตรานี้ ที่ได้จากการ<br>ประเมินสภาพจริง                                                            | ความสามารถใน<br>การวางแผนการ<br>พยาบาลของ<br>นักศึกษาหลักสูตร<br>พยาบาล<br>ศาสตรบัณฑิตชั้น<br>ปีที่ 2 |
| ขั้นที่ 2<br>สังเกตอย่าง<br>ลึกซึ้งและใคร่<br>ครวญ      | -แบ่งนักศึกษาตามกลุ่มทดลองใน<br>วิชา พย.1202 หลักการและ<br>เทคนิคทางการพยาบาล<br>-นักศึกษาฝึกปฏิบัติกระบวนการ<br>พยาบาลตามใบงานมอบหมายซึ่ง<br>เป็นโจทย์กรณีศึกษา เพื่อนำ<br>หลักการไปปฏิบัติ<br>-สะท้อนคิด อภิปรายกับเพื่อนใน<br>กลุ่ม อาจารย์ประจำกลุ่มค้นคว้า<br>เพิ่มเติม และจัดทำรายงานสรุป<br>และนำเสนอในชั้นเรียน | นำข้อมูลจากการประเมินสภาพที่ได้<br>มาพูดคุยสะท้อนคิด อภิปรายกับเพื่อนในกลุ่ม<br>อาจารย์ประจำกลุ่มค้นคว้าเพิ่มเติม และจัดทำ<br>รายงานสรุป และนำเสนอในชั้นเรียน<br>ประเด็นการเรียนรู้คือขั้นที่ 2 การวินิจฉัย<br>ทางการพยาบาล<br>ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล<br>ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาลและการ<br>ประเมินผล |                                                                                                       |
| ขั้นที่ 3<br>สรุป เป็น<br>หลักการนาม<br>ธรรม            | นักศึกษานำเสนอกระบวนการ<br>พยาบาลตามผลการปฏิบัติตามใบ<br>งานในชั้นเรียนและสรุปร่วมกัน<br>เพื่อนำสู่ Modelของกระบวนการ<br>พยาบาลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย<br>ของวิธีการปฏิบัติเพื่อนำสู่ Model<br>ของกระบวนการพยาบาล                                                                                                        | นักศึกษานำเสนอกระบวนการพยาบาลตามผล<br>การปฏิบัติตามใบงานในชั้นเรียนและสรุป<br>ร่วมกันเพื่อนำสู่ Modelของกระบวนการ<br>พยาบาล วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของวิธีการ<br>ปฏิบัติเพื่อนำสู่ Modelของกระบวนการ<br>พยาบาล                                                                                                  |                                                                                                       |
| ขั้นที่ 4<br>นำไปใช้ หรือ<br>ปฏิบัติในสถาน<br>การณ์ใหม่ | นักศึกษาฝึกปฏิบัติกระบวนการ<br>พยาบาลตามใบงานมอบหมายซึ่ง<br>เป็นโจทย์กรณีศึกษาที่แตกต่าง<br>จากโจทย์เดิมที่เคยได้รับและ<br>นำเสนอกระบวนการพยาบาลตาม<br>ผลการปฏิบัติตามใบงานใหม่ที่ได้รับ<br>เพื่อนำให้นักศึกษานำวิธีการที่<br>ได้เรียนรู้มาประยุกต์ใช้ใน<br>สถานการณ์ต่าง ๆ                                             | นักศึกษาฝึกปฏิบัติกระบวนการพยาบาลตามใบ<br>งานมอบหมายซึ่งเป็นโจทย์กรณีศึกษาที่<br>แตกต่างจากโจทย์เดิมที่เคยได้รับและนำเสนอ<br>กระบวนการพยาบาลตามผลการปฏิบัติตามใบ<br>งานใหม่ที่ได้รับเพื่อนำให้นักศึกษานำวิธีการที่ได้<br>เรียนรู้มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์<br>ต่าง ๆ                                             |                                                                                                       |

### กรอบแนวคิดการวิจัย



## วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรีที่ลงทะเบียนเรียนวิชานาโมมติ ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล และวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 147 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

#### 1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แผนการจัดการเรียนสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นสถานการณ์จำลองที่ผู้วิจัยนำของมารศรี จันทรีดี และคณะ (Chandee et al., 2014) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 1984) มาออกแบบแผนการจัดการเรียนการสอน ซึ่งประกอบด้วย 3 แผนการสอน คือ แผนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพระบบทางเดินปัสสาวะ แผนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพระบบทางเดินอาหาร และแผนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ นำมาใช้สำหรับฝึกวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาลและนำเสนอการวางแผนการพยาบาลของกรณีศึกษาร่วมกับการอภิปรายแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียน

1.2 แผนการจัดการเรียนสอนโดยใช้กรณีศึกษาผู้ป่วยจริงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ในหอผู้ป่วยตามที่นักศึกษาได้รับมอบหมายกลุ่มละ 1 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพไม่ซับซ้อน และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เพื่อฝึกวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาลและนำเสนอการวางแผนการพยาบาลของกรณีศึกษาร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นกับอาจารย์นิเทศ

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ก่อนเรียนต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

2.2 แบบทดสอบอัตนัยประยุกต์สำหรับวัดความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของจิตติมาจิตติรุ่งเรือง (Thitirungruang, T., 2001) มี 6 สถานการณ์ๆ ละ 4 ข้อ รวม 24 ข้อ คะแนนเต็ม 72 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลคือ 1) การประเมินสภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล และ 4) การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย** โดยเครื่องมือดำเนินการวิจัยสำหรับแผนจัดการเรียนการสอนทั้ง 2 แผนผ่านการวิพากษ์จากกรรมการสาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐาน พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบทดสอบอัตนัยประยุกต์วัดความสามารถในการแก้ปัญหาวิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาลมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.61 และเมื่อทดสอบซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.54 นั้น ทั้งนี้จิตติมา จิตติรุ่งเรือง (2544) ได้อธิบายไว้ว่าเกิดจากจำนวนข้อสอบมีเพียง 24 ข้อ และมีค่าความยากง่ายของแบบทดสอบระดับยากถึงปานกลาง ทำให้มีความแปรปรวนของคะแนนน้อย สำหรับการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้ผู้ตรวจผลการทดสอบเป็นบุคคลเดียวตรวจเองทุกครั้ง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดต่าง ๆ ต่อนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. ดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 147 คน ซึ่งมีขั้นตอนและรายละเอียดดังต่อไปนี้



-สัปดาห์ที่ 0 ของการทดลองทำการรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ด้วยการทดสอบก่อนเรียน (Pretest) โดยใช้แบบทดสอบอัตนัยประยุกต์วัดความสามารถในการวางแผนการพยาบาล พร้อมชี้แจงวิธีทำแบบทดสอบจนเข้าใจ และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบทดสอบด้วยตนเอง โดยคณะผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน

-สัปดาห์ที่ 1-3 ดำเนินการตามแผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นสถานการณ์จำลอง แบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มๆละ8คน มอบหมายให้ศึกษกรณศึกษาและนำไปวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล จำนวน 3 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง

-สัปดาห์ที่ 4 ของการทดลองทำการรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ด้วยแบบทดสอบเดิมแต่เรียงลำดับข้อสอบใหม่

-สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการตามแผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาผู้ป่วยจริง จำนวน 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง แบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มๆละ8คน มอบหมายให้ศึกษกรณศึกษาผู้ป่วยจริง และวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยนำเสนอผลการศึกษาในชั้นเรียน

-สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 3 (Post-test) ด้วยแบบทดสอบเดิมแต่เรียงลำดับข้อสอบใหม่ และสัมภาษณ์นักศึกษาในประเด็นการจัดการเรียนการสอนด้วยการใช้กรณีศึกษาเป็นสถานการณ์จำลองและการใช้กรณีศึกษาผู้ป่วยจริงต่อความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษา

3. นำคะแนนที่ได้จากการตรวจแบบทดสอบอัตนัยประยุกต์วัดความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ทั้งก่อนกับหลังการดำเนินการทดลองมาวิเคราะห์ โดยวิธีการทางสถิติเพื่อตรวจสอบสมมุติฐาน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ก่อนเรียนต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คะแนนความสามารถในการวางแผนการพยาบาล และคะแนนรายด้านของความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการวางแผนการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในประชากรหนึ่งกลุ่ม (Paired t-test )

3. การเปรียบเทียบคะแนนรายด้านการประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ(การทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon signed-rank test)

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์และวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด อธิบายในการตอบคำถามและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการตอบแบบทดสอบ ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดิบนอกจากผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบ ข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการ การนำข้อมูลจากการวิจัยไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะมีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ต่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยผ่านการคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เลขที่ BNCT05/2561

#### ผลการวิจัย

1.การเปรียบเทียบคะแนนรายด้านการประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้





**ตารางที่ 1.1** การเปรียบเทียบคะแนนรายด้านการประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์ ก่อนและหลังการทดลอง

| คะแนนรายด้าน               | ระดับคะแนน |        | median | Wilcoxon test |
|----------------------------|------------|--------|--------|---------------|
|                            | ต่ำสุด     | สูงสุด |        | P-value       |
| ด้านการประเมินสภาพ         |            |        |        |               |
| ก่อนทดลอง                  | 3          | 14     | 9.0    | <0.001*       |
| หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา  | 0          | 14     | 9.0    |               |
| ก่อนทดลอง                  | 3          | 14     | 9.0    | <0.001*       |
| สถานการณ์จริง              |            |        |        |               |
| หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา  | 0          | 14     | 9.0    | <0.001*       |
| สถานการณ์จริง              | 3          | 14     | 9.0    |               |
| ด้านการวินิจฉัยทางการแพทย์ |            |        |        |               |
| ก่อนทดลอง                  | 0          | 9      | 3.0    | <0.001*       |
| หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา  | 0          | 10     | 3.0    |               |
| ก่อนทดลอง                  | 0          | 9      | 3.0    | 0.003*        |
| สถานการณ์จริง              | 0          | 9      | 2.0    |               |
| หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา  | 0          | 10     | 3.0    | <0.001*       |
| สถานการณ์จริง              | 0          | 9      | 2.0    |               |

จากตารางที่ 1.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนด้านการประเมินสภาพพบว่าก่อนการทดลองค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 หลังวิเคราะห์กรณีศึกษาค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 หลังวิเคราะห์กรณีศึกษาสถานการณ์จริงค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนด้านการประเมินสภาพก่อนการทดลอง หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษาและกรณีศึกษาสถานการณ์จริง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านการประเมินสภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการวินิจฉัยทางการแพทย์ พบว่าก่อนการทดลองค่า มัธยฐานเท่ากับ 3 หลังวิเคราะห์กรณีศึกษาค่ามัธยฐานเท่ากับ 9 หลังวิเคราะห์กรณีศึกษาสถานการณ์จริง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.0 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนด้านการประเมินสภาพก่อนการทดลอง หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษาและกรณีศึกษาสถานการณ์จริง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการวินิจฉัยทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.003ตามลำดับ



**ตารางที่ 1.2** การเปรียบเทียบคะแนนรายด้านการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ก่อนและหลังการทดลอง

| คะแนนรายด้าน                               | ระดับคะแนน |        | median | Wilcoxon test |
|--------------------------------------------|------------|--------|--------|---------------|
|                                            | ต่ำสุด     | สูงสุด |        | P-value       |
| ด้านการวางแผนการพยาบาล                     |            |        |        |               |
| ก่อนทดลอง                                  | 0          | 7      | 2      | 0.91          |
| หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา                  | 0          | 7      | 2      |               |
| ก่อนทดลอง                                  | 0          | 7      | 2      | 0.005*        |
| สถานการณ์จริง                              | 0          | 7      | 2      |               |
| หลังภายหลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา           | 0          | 7      | 2      | <0.001*       |
| สถานการณ์จริง                              | 0          | 7      | 2      |               |
| ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและ<br>การประเมินผล |            |        |        |               |
| ก่อนทดลอง                                  | 0          | 8      | 4      | <0.001*       |
| หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา                  | 0          | 7      | 2      |               |
| ก่อนทดลอง                                  | 0          | 8      | 4      | <0.001*       |
| สถานการณ์จริง                              | 0          | 9      | 4      |               |
| หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา                  | 0          | 7      | 2      | 0.14          |
| สถานการณ์จริง                              | 0          | 9      | 4      |               |

จากตารางที่ 1.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนด้านการวางแผนการพยาบาล พบว่าก่อนการทดลองค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 หลังวิเคราะห์กรณีศึกษาค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 และหลังวิเคราะห์กรณีศึกษาสถานการณ์จริง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนด้านการวางแผนการพยาบาล ก่อนการทดลอง และหลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านการวางแผนการพยาบาล ไม่แตกต่างกัน (P-value เท่ากับ 0.91) ก่อนการทดลอง และหลังการวิเคราะห์กรณีศึกษาสถานการณ์จริง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านการวางแผนการพยาบาล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 เปรียบเทียบหลังการวิเคราะห์กรณีศึกษากับหลังการวิเคราะห์กรณีศึกษาสถานการณ์จริงพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านการวางแผนการพยาบาล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ผลการเปรียบเทียบคะแนนด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลพบว่าก่อนการทดลองค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 หลังวิเคราะห์กรณีศึกษาค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 และหลังวิเคราะห์กรณีศึกษาสถานการณ์จริง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ก่อนการทดลอง และ



หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนระยะหลังวิเคราะห์กรณีศึกษาและหลังวิเคราะห์กรณีศึกษาสถานการณ์จริง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลไม่แตกต่าง (P-value เท่ากับ 0.14)

2. การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการวางแผนการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้

**ตารางที่ 2.1** การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการวางแผนการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง

| คะแนนความสามารถ<br>ในการวางแผนการพยาบาล | n   | $\bar{X}$ | S.D. | t       | df  | p      |
|-----------------------------------------|-----|-----------|------|---------|-----|--------|
| ก่อนทดลอง                               | 147 | 18.93     | 3.54 | -11.19. | 147 | <0.001 |
| หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา               | 147 | 20.19     | 3.58 |         |     |        |
| ก่อนทดลอง                               | 147 | 18.93     | 3.54 | 3.86    | 146 | <0.001 |
| สถานการณ์จริง                           | 147 | 19.56     | 3.23 |         |     |        |
| หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา               | 147 | 20.19     | 3.58 | -5.81   | 146 | <0.001 |
| สถานการณ์จริง                           | 147 | 19.56     | 3.23 |         |     |        |

จากตารางที่ 2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการวางแผนการพยาบาลพบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย เท่ากับ 18.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.54 หลังวิเคราะห์กรณีศึกษาค่าเฉลี่ย เท่ากับ 20.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.58 หลังวิเคราะห์กรณีศึกษาสถานการณ์จริงค่าเฉลี่ย เท่ากับ 19.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.23 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนด้านการประเมินสภาพก่อนการทดลอง หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษาและกรณีศึกษาสถานการณ์จริง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการวางแผนการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

### อภิปรายผล

คะแนนความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.93 ภายหลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.19 และหลังจากสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.56 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ก่อนการทดลอง ภายหลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา และสถานการณ์จริงพบว่าสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากการนักศึกษาได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการฝึกการใช้กระบวนการพยาบาลกับสถานการณ์ผู้ป่วยจริงเนื่องจากการที่นักศึกษายังไม่มีประสบการณ์ทางด้านการพยาบาลมาก่อนและต้องเผชิญกับการแก้ไขปัญหา การที่นักศึกษาได้ทดลองผ่านการวิเคราะห์แลกเปลี่ยน อภิปรายข้อมูล



ทำให้นักศึกษาเข้าใจข้อมูล นำไปสู่การวางแผนการพยาบาล การเรียนรู้ผ่านการใช้กรณีศึกษานี้ทำให้นักศึกษาเรียนรู้ด้วยกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเมื่อนักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้น โอกาสที่จะซึมซับความรู้และความเข้าใจยิ่งมากขึ้น การที่นักศึกษาได้มีโอกาสการเรียนรู้โดยการทำด้วยตนเอง โดยการใช้กระบวนการพยาบาลในสถานการณ์จริง ด้วยการซักประวัติพูดคุยกับผู้ป่วย การประเมินภาวะสุขภาพ ศึกษาเอกสารของผู้ป่วยด้วยตนเอง แล้วนำมาวิเคราะห์ ตีความ แปลผลข้อมูลเอง ผ่านการอภิปรายกับอาจารย์ผู้สอน ยิ่งเป็นการเรียนรู้และเกิดทักษะกระบวนการพยาบาลเกิดขึ้น เชื่อมความรู้สู่การปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาของนาถอนงค์ สุวรรณจิตต์ และ อารีย์ สุขก้องวารี (Suwanachitt, N., & Sukkongwaree, A., 2013) อย่างไรก็ตาม คณะแนวความสามารถในการวางแผนการพยาบาล หลังจากสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.56 มากกว่าก่อนการทดลอง ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.93 แต่น้อยกว่าภายหลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.19 พบว่านักศึกษารวบรวมข้อมูล การซักประวัติด้วยตนเองและการประเมินภาวะสุขภาพ ยังไม่ถูกต้องครบถ้วน ดังตัวอย่างผลการสัมภาษณ์นักศึกษา “หนูไม่รู้จะถามอะไรกับคนไข้” “เวลาถามคนไข้ หนูไม่รู้ว่าจะจดข้อมูลอะไร” “คนไข้พูดมา หนูจับประเด็นไม่ได้” “ตอนที่นำเสนอในชั้นเวลาที่อาจารย์พูด รู้ตัวเลยว่า ยังเก็บข้อมูลมาไม่ครบ” “หนูไม่รู้ว่าจะตรวจร่างกายคนไข้ ถูกต้องไหม” เนื่องจาก ข้อแตกต่างของการเรียนรู้ด้วยการวิเคราะห์กรณีศึกษา มีข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน ผลการประเมิน ภาวะสุขภาพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้นักศึกษาสามารถนำมาวิเคราะห์ และสามารถนำไปวางแผนการพยาบาลได้ แต่การที่เรียนรู้ในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย นักศึกษาต้องใช้ความรู้ ทักษะความสามารถของตนเองในการซักประวัติ และการประเมินภาวะสุขภาพในการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาล จึงทำให้คะแนนความสามารถในการวางแผนการพยาบาล หลังจากสถานการณ์จริงน้อยกว่าคะแนนความสามารถในการวางแผนการพยาบาล หลังการวิเคราะห์กรณีศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติรัตน์ เลิศวิทยากุล และ ลัดดา พลพุดธา (Lertwittayakul, T., & Pholputta, L., 2018) พบว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้รับบริการมีสภาพปัญหาการใช้กระบวนการพยาบาลมาก ดังนั้น การพัฒนาความสามารถในการวางแผนพยาบาลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ในชั้นเรียนควรเน้นการใช้การวิเคราะห์กรณีศึกษา สำหรับการขึ้นฝึกปฏิบัติทางคลินิก ควรพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของนักศึกษา ในการซักประวัติ และการประเมินภาวะสุขภาพในการรวบรวมข้อมูล

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการใช้แบบทดสอบความสามารถในการวางแผนการพยาบาลรูปแบบอื่น ๆ
2. ควรมีการจัดการเรียนการสอนและเตรียมความพร้อมด้านกรณีศึกษา ที่หลากหลายและให้นักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์มากขึ้น และการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาด้านการซักประวัติ การประเมินภาวะสุขภาพและการวางแผนการพยาบาล
3. ควรมีการสัมภาษณ์นักศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน ทั้งสอนทั้ง 2 รูปแบบ ตลอดจน ควรทำการวิจัยการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนรูปแบบอื่น และการบริหารเวลาสำหรับการเก็บข้อมูล
4. ควรมีการติดตามความรู้และทักษะกระบวนการพยาบาลต่อเนื่องในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ เพื่อประเมินพัฒนาการของนักศึกษา
5. ควรมีการทบทวน ให้ความรู้และทักษะกระบวนการพยาบาลให้แก่นักศึกษาทุก ๆ ปี



### เอกสารอ้างอิง

- Boonmak, P., & Boonmak, H. (2013). Medical Simulation the Way to Improve Patient Care. *Srinagarind Medical Journal*, 28, 80-85. (In Thai).
- Boromarajonani College of Nursing Chiangmai. (2017). Bachelor of Nursing Science Program. ChiangMai: n.p.
- Boromarajonani College of Nursing Chiangmai. (2018). After Action Review: Principles and Techniques in Nursing Practice: n.p.
- Chandee, M., Palee, P., Niamhom, P., Jongkae, P., & Sengpanit, T. (2014). Effect of Case Study Teaching in the Subject of Nursing Care for Person with Health Problems Practicum I on Nursing Students Abilities of Applying Nursing Process. *Journal of Nursing and Education*, 7(4), 134-154. (In Thai).
- Shellenbarger, T. & Hagler, D. (2015). *Clinical Teaching Strategies in Nursing* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Springer Publishing.
- Gordon, M. R. (2018). *Virtual Simulation in Nursing Education*. New York: Springer Publishing.
- Harnyoot, O. (2014). Nursing Process and Implications. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 137-143. (In Thai).
- Jamjang, S., Atthamaethakul, W., & Pitaksin. D. (2018). The Effect of Readiness Preparation for Nursing Practice in Ward of 2nd year nursing students, Borommarajonnani college of Nursing, Ratchaburi. *Journal of Science & Technology, Ubon Ratchathani University*, 20(3), 147-163. (In Thai).
- Jaroneski, A. L., & Przymusinski, A. L. (2019). *So You Want to Teach Clinical*. New York: Routledge.
- Jirativanont, T. (2018). Team-training in Healthcare: The Role of Simulation. *Siriraj Med Bull*, 11(1), 34-45. (In Thai).
- Johannesson, E., Silen, C., Kvist, J., & Hult, H. (2013). Students' experiences of learning manual clinical skills through simulation. *Advance in Health Science Education*, 18, 99-114.
- Kanittha, R., Leksawasdi, N., Nanasilp, P., Junmahasathien, S., & Anusasanun, B. (2007). Problems and Barriers Among Nursing Students, Faculty of Nursing, Chiang Mail University When Implementing the Nursing Process in Surgical Ward Practice. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 19(1), 135-144. (In Thai).
- Konartorn, D., Kitisri, C., Chaiwong, P., & Tajit, P. (2018). The students' opinions on the lecture method and the simulation-based learning in adult nursing subject in faculty of nursing at Chiang Rai college. *Proceeding 7<sup>th</sup> Phayao research conference*, 232-241. (In Thai).
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Prentice-Hall, New Jersey.
- Lertwittayakul, T., & Pholputta, L. (2018). Using Nursing Process in Clinical Practicum of Nursing Student. *College of Asian Scholar Journal*, 8(2), 76-87. (In Thai).





- Narkbubpha, R., & Thungtin, P. (2017). The Development of Scenario Instructions to Enhance the Ability of Problem Solving in Health Assessment and Nursing Care for Maternal and Child in Normal Labour Stage. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4, 102-114. (In Thai).
- Norkaeo, D. (2015). Simulation based Learning for Nursing Education. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 31(3), 112-122. (In Thai).
- Rakthai, D., Cheeprosop, N., & Pongsang, S. (2017). Media Literacy Skills Development among Nursing Students: The Effects of an Experiential Learning Program on Health Promotion and Illness Prevention Practicum. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 63-76. (In Thai).
- Oermann, H. M., De Gagne, C. J., & Phillips, C. B. (2018). *Teaching in Nursing and Role of The Educator* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Springer Publishing.
- Phormpayak, D., Sattayawong, W., Rattana-Umpa, J., Hamtanon, P., & Rungkavat, V. (2019). The Effects of Using Simulation Based Learning and Reflective Thinking Skill Promoting on Nursing Students' Reflective Thinking Behavior and Clinical Decision-Making Abilities. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 25(2), 57-71. (In Thai).
- Punthasee, P., & Sikaow, O. (2012). The effect of teaching by case studies on the development of applying nursing process in clinical practice of nursing students. *Thai Journal of Nursing Council*, 24(3), 81-93. (In Thai).
- Saenprasarn, P., Puapairoj, W., & Chaiphilabarsidi, P. (2015). Effects of Constructivism Approach of Teaching and Learning on a Course of Nursing Process and Health Assessment. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 26(1), 119-132. (In Thai).
- Sideras, S., McKenzie, G., Noone, J., Markle, D., & Frazier, M. (2013). Making simulation come Alive: Standardized Patients in Undergraduate Nursing Education. *Nursing Education Perspectives*, 34(6), 421-425.
- Suapumee, N., Naksrisang, W., & Singhasem, P. (2017). Management of Experiential Learning in Nursing Education. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(1), 12-21. (In Thai).
- Suwanachitt, N., & Sukkongwaree, A. (2013). Outcomes of the Nursing Process with Case-Based Program on Students' Knowledge and Ability for Implementing the Nursing Process, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. *Journal of Nursing and Education*, 6(Special issue), 47-61. (In Thai).
- Suwannasee, W., Julmusi, O., & Tungkhaerwich, T. (2016). Learning and Teaching Management Simulation based learning in Nursing Student. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 28(2), 1-13. (In Thai).



- Tantalanukul, S., Rattanasak, S., Sengpanich, C., Srisung, W., & Tungkawanich, T. (2016). The Effect of Simulation-Based Learning on the Ability Development of Primary Medical Care Practicum of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing Uttaradit. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 8(1), 49-58. (In Thai).
- Thanaroj, S., Keadthong, W., Sueamak, W. (2019). Development of instructional package on the Topic Nursing Teamwork with Simulation based learning for nursing students. *Journal of Health Research and Innovation*, 2(1), 58-72. (In Thai).
- Thatan, S., Srijanpal, W. (2019). Teaching Method Using Simulation-Based Learning. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*, 23, 1-10. (In Thai).
- Thitirungruang, T. (2001). *Development of modified essay-question test to measure the ability in problem solving in the course on basic concepts and principles of nursing*. (Master's thesis). Taksin University, Faculty of Education. (In Thai).
- Vibulcha, N., & Boranmoon, G. (2014). Problems and Obstacles in Implementation of Nursing Diagnosis of Nursing Students of Srimahasarakham Nursing College. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 30(3), 26-34. (In Thai).
- Vitoonmetha, M., Niputhutpong, S., Iemsam-Ang, M., & Tejangkura, L. (2016). Development of a guideline to enhance nursing students' abilities in utilizing nursing process. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(2), 100-113. (In Thai).
- Wanthanatas, W. (2016). Factors Affecting Professional nurses' Performance based on the Nursing Process at Nakhonpathom Hospital, Nakhonpathom Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(2), 103-115. (In Thai).
- Yilmaz, T. F., Sabanciogullari, S., & Aldemir, K. (2015). The Opinions of Nursing Students Regarding the Nursing Process and Their Levels of Proficiency in Turkey. *Journal of Caring Sciences*, 4(4), 265-275.



## Emotional Labour among Professional Nurses Working in Community Hospitals

Maturada Bunjongkarn,\* Thansinee Prompradit\*\*

(Received June 11, 2020, Revised: August 11, 2020, Accepted: October 1, 2020)

### Abstract

Nurses should be encouraged to understand and learn to manage their emotions, which connect between people and society effectively. This study aimed to examine emotional labour and emotional management methods of professional nurses working in community hospitals. This qualitative research used ethnomethodological approach. Data were collected by semi-structured interviews and unstructured observations. 16 professional nurses were conducted by purposive sampling. Data were analysed by thematic analysis approach.

The findings illustrated that emotional labor actually happened and became an important part of working life. Participants always used surface acting and deep acting for manage their feelings and emotions depending on personal experience. 3 themes emerged as follows: Emotional labour as a commitment, emotional labor as a mental conditioning process, and emotional labor means responsibility for happiness and expectations of others. This research underscores the importance of emotional labour that occurs while performing tasks which cannot be avoided and ignored. Emotional labour is combined with physical and intellectual labor in order to achieve quality work. The concept of emotional labour can be applied to enhance the mental health in professional nurses.

**Keywords:** Emotional labour, Emotional management methods, Professional nurses

\* Nurse Lecturer, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College

\*\* Nurse Lecturer, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharaknakhon Sawan



## แรงงานทางอารมณ์ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

มธุรดา บรรจงการ,\* ธัญสินี พรหมประดิษฐ์\*\*

(วันรับบทความ : 11 มิถุนายน 2563, วันแก้ไขบทความ : 11 สิงหาคม 2563, วันตอบรับบทความ : 1 ตุลาคม 2563)

### บทคัดย่อ

พยาบาลควรได้รับการส่งเสริมความเข้าใจให้เกิดการเรียนรู้ในการจัดการทางอารมณ์ที่ซึ่งเชื่อมโยงระหว่างตัวบุคคลและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาแรงงานทางอารมณ์และวิธีการจัดการทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ทฤษฎีชาติพันธุ์วิธีวิทยา (Ethnomethodology) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง และการสังเกต กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกแบบแก่นสาระ (Thematic analysis)

ผลการศึกษาพบว่าแรงงานทางอารมณ์เกิดขึ้นจริง และกลายเป็นส่วนสำคัญหนึ่งของการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการทางอารมณ์โดยใช้การกระทำภายนอกและการกระทำภายในอย่างสม่ำเสมอทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนตัว แรงงานทางอารมณ์ของพยาบาลสามารถจำแนกออกเป็น 3 แก่นสาระ คือ แรงงานทางอารมณ์เป็นพลังแห่งความมุ่งมั่นตั้งใจ แรงงานทางอารมณ์เป็นกระบวนการปรับสภาพทางจิตใจ และแรงงานทางอารมณ์เป็นความรับผิดชอบต่อความสุขและการคาดหวังของผู้อื่น การวิจัยนี้เป็นการเน้นย้ำถึงความสำคัญของแรงงานทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงานที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงและไม่อาจถูกเพิกเฉยได้ โดยแรงงานทางอารมณ์ได้ผสมผสานกับแรงงานทางร่างกายและปัญญาเพื่อทำงานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ และแนวคิดแรงงานทางอารมณ์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาวะด้านจิตใจของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

**คำสำคัญ:** แรงงานทางอารมณ์, การจัดการทางอารมณ์, พยาบาลวิชาชีพ

\* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

\*\* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์



## บทนำ

แรงงานทางอารมณ์ (Emotional labour) เป็นกระบวนการจัดการทางอารมณ์ประเภทหนึ่ง ซึ่งเกิดขึ้นภายในจิตใจของแต่ละบุคคลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ กระบวนการนี้เกิดจากการระงับอารมณ์และความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม (suppression) ด้วยวิธีการสร้างหรือจินตนาการความรู้สึกที่ต้องการให้เกิดขึ้นภายในจิตใจ จากนั้นบุคคลจะสามารถแสดงอารมณ์ สีหน้า ท่าทาง (expression) ที่สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมออกสู่สาธารณะได้ คำว่า “แรงงานทางอารมณ์” เริ่มใช้ครั้งแรกจากผลการวิจัยที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินเหล่านั้น มีรูปแบบของการจัดการทางอารมณ์ประเภทหนึ่งที่เฉพาะเจาะจงและเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอขณะที่ทำงาน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อลูกค้าให้มากที่สุด ทั้งนี้เป็นไปตามกฎระเบียบและข้อบังคับของสายการบิน ซึ่งพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน ต้องแสดงสีหน้ายิ้มแย้มและท่าทางที่สดชื่น เป็นมิตรอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใด (Hochschild, 1979) ซึ่งแรงงานทางอารมณ์นับว่าเป็นข้อกำหนดของการทำงานที่บุคคลจะต้องแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมต่อลูกค้าหรือผู้อื่น

แนวคิดแรงงานทางอารมณ์เป็นการผสมผสานกันระหว่างการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลกับกฎเกณฑ์ทางสังคม ซึ่งส่งผลให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์ ที่ถูกสนับสนุนด้วยประสบการณ์ทางอารมณ์ที่บุคคลนั้นๆมีอยู่ (Pfeffer, 2010) โดยมีองค์ประกอบ 2 ประการ คือ 1) กฎแห่งความรู้สึก (Feeling rules) เป็นสิ่งที่บุคคลหนึ่งๆ จินตนาการว่าควรหรือไม่ควรรู้สึก หรือว่าต้องการที่จะรู้สึกอะไรในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตรงหน้า ซึ่งเปรียบเสมือนข้อบังคับหรือการชี้แนะแนวทางเพื่อให้บุคคลแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่เหมาะสมต่อความคาดหวังของสังคมออกมา 2) กระบวนการจัดการทางอารมณ์ (Emotional labour process) เป็นการกระทำที่บุคคลหนึ่งๆ พยายามจัดการกับความรู้สึกตนเอง เพื่อการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การกระทำภายนอก (Surface acting) เป็นการจัดการกับการแสดงอารมณ์ความรู้สึกแต่เพียงภายนอกเท่านั้น โดยบุคคลจะปกปิดอารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริงไว้ภายใน และการกระทำภายใน (Deep acting) เป็นการสะท้อนอารมณ์ความรู้สึกจากภายในแสดงออกมาสู่ภายนอก โดยบุคคลจะระงับความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนาและพยายามเปลี่ยนให้ความรู้สึกนั้นเป็นไปอย่างที่ต้องการให้สอดคล้องกับสถานการณ์นั้น (Hochschild, 1983)

แรงงานทางอารมณ์นับว่าเป็นหนึ่งในทักษะที่สำคัญมากของบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน (Muangman, 2017) คณะผู้วิจัยจึงสนใจแนวคิดแรงงานทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของแรงงานทางอารมณ์ และการจัดการทางอารมณ์ในขณะที่บุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเกิดขึ้นและแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแรงงานทางอารมณ์ที่ควรได้รับความตระหนักและให้ความสนใจเทียบเคียงกับการใช้แรงงานทางด้านร่างกาย และสติปัญญา รวมทั้งสามารถเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมการเกิดทักษะการจัดการทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลที่เอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาวะทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ





## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ของแรงงานทางอารมณ์และวิธีการจัดการทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาแรงงานทางอารมณ์และวิธีการจัดการทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 16 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ โรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดนครสวรรค์ 4) ด้านเวลาดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาในระหว่างระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เดือนเมษายน 2563

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาแรงงานทางอารมณ์และวิธีการจัดการทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ทฤษฎีชาติพันธุ์วิธีวิทยา (Ethnomethodology) ซึ่งเป็นวิธีการเข้าใจบุคคลจากบรรทัดฐานและการจัดระเบียบทางสังคม รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล โดยการวิเคราะห์การให้ความหมายและเหตุผลของการแสดงพฤติกรรม (Garfinkel, 1967)

### ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 2 แห่ง

เกณฑ์การเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คือ เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยโดยตรงอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การไม่เลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช และยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนกำหนดเวลา

### เครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานที่ทำงาน ระยะเวลาการทำงาน

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ส่วนตัวในการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ทางด้านอารมณ์ความรู้สึกในขณะปฏิบัติงานที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้มาใช้บริการพยาบาล และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเมื่อเกิดสถานการณ์นั้นๆ รวมถึงวิธีการในการจัดการทางอารมณ์ความรู้สึก

3. การสังเกตแบบไม่มีระบบ (Unstructured observation) โดยสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกในขณะปฏิบัติงานที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ หมายเลข SPRNW-REC 019/2019



2. อาสาสมัครแต่ละคนจะถูกสัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง และขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์
3. สังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ต่อสาธารณะของอาสาสมัครขณะปฏิบัติงานอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง

4. การบันทึกภาคสนาม (Field notes) จะถูกบันทึกทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายรายละเอียดการวิจัยให้อาสาสมัครทราบ อาสาสมัครสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใดๆ ต่ออาสาสมัคร ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

#### ความเชื่อถือของงานวิจัย

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data source triangulation) ซึ่งเป็นการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งโดยใช้คำถามแบบเดียวกัน โดยใช้การเปรียบเทียบความแน่นอนของข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกตมาเปรียบเทียบกัน

2. วิธีการตรวจสอบข้อมูลโดยสมาชิก (Member check) โดยการสรุปใจความสำคัญจากการถอดถอดคำมาให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง ถ้ามีข้อความใดแก้ไขหรือคลุมเครือ จะมีการทวนสอบเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย (Polit and Beck, 2010)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยร้อยละ จำนวน และค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) โดยการถอดถอดคำออกมาเป็นข้อความ อ่านเพื่อทำความเข้าใจแต่ละข้อความอย่างน้อย 2 ครั้งโดยมีการอ่านบันทึกภาคสนาม (field notes) ร่วมด้วยและมีการบันทึกโทนเสียง ความหนักเบาและจังหวะของการพูดเพื่อประโยชน์ในการตีความหมายของข้อความนั้นๆ จากนั้นจับประเด็นสำคัญตั้งเป็นดัชนี จัดระบบให้รหัสของแต่ละประเด็นจำแนกออกเป็นหมวดหมู่ ตีความและให้ความหมายของแต่ละหมวดหมู่ สร้างข้อสรุปจากดัชนีหมวดหมู่และความหมายทั้งหมดออกมาเป็นแก่นสาระ การตีความหมายจะกระทำร่วมกับข้อมูลจากการสังเกต (Nowell et.al, 2017)

#### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 16 คน ทุกคนเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 38-58 ปี มีอายุเฉลี่ย 49.38 ปี มีรายได้อยู่ระหว่าง 38,00-50,000 บาทต่อเดือน ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 93.75 ปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.50 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.25 และ 37.5 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี และระดับปริญญาโท ตามลำดับ

จากการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แรงงานทางอารมณ์เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในการปฏิบัติงานทั้งในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล โดยแรงงานทางอารมณ์จะเกิดขึ้นเมื่ออารมณ์และความรู้สึกของบุคคลนั้นไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ควรจะเป็นหรือสถานการณ์ที่คาดหวังไว้ ยกตัวอย่างเช่น กลุ่มตัวอย่างยิ้มและแสดงท่าทางสงบเสถียรให้กับผู้บังคับบัญชาในขณะที่ถูกตำหนิเรื่องการการทำงานล่าช้า กลุ่มตัวอย่างทำสีหน้าเรียบเฉยพร้อมทั้ง



หายใจลึกอย่างเชื่องช้าขณะให้คำแนะนำเรื่องเดิมเป็นครั้งที่สามกับกับญาติผู้ป่วยรายหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างใช้น้ำเสียงราบเรียบในการอธิบายเรื่องลำดับการเข้าพบแพทย์กับผู้ป่วยรายเดิมที่เดินมาถามเป็นครั้งที่สี่ กลุ่มตัวอย่างมองหน้าผู้ป่วยที่กำลังแสดงอารมณ์ฉุนเฉียวโดยใช้วิธีการหลบตาครู่หนึ่งจากนั้นให้การพยาบาลต่อไปโดยไม่แสดงอารมณ์ความรู้สึกใดออกมา กลุ่มตัวอย่างแสดงท่าทางเป็นมิตรโดยการยิ้มและรับฟังผู้ป่วยที่กำลังใช้วาจาไม่สุภาพกับตนเอง เป็นต้น ในภาพรวมพบว่าในขณะที่ปฏิบัติงานกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถดำรงไว้ซึ่งสีหน้าท่าทาง รวมไปถึงคำพูดและน้ำเสียง ตามแบบอย่างของพยาบาลมืออาชีพ ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความกดดัน หรือในสถานการณ์ที่มีการทำงานตามปกติก็ตาม สามารถกล่าวได้ว่าในสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และเปี่ยมไปจากปกติสุข บุคคลจะแสดงออกถึงการเกิดแรงงานทางอารมณ์อย่างเป็นธรรมชาติ และผสมกลมกลืนไปกับการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของตนเองในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ

จากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเกิดแรงงานทางอารมณ์และความยากลำบากทางอารมณ์ความรู้สึกในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ เครียด โกรธ เสียใจ ผิดหวังคับข้องใจ และไม่เข้าใจ เป็นต้น ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเหล่านี้นับว่าเป็นส่วนหนึ่งในประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นมาพร้อมๆ กับประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการทางอารมณ์ที่แตกต่างกันทั้งการกระทำภายนอก (Surface acting) โดยกลุ่มตัวอย่างบางคนแสดงสีหน้าเรียบเฉยและปฏิบัติหน้าที่ตามความรับผิดชอบเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการไม่พอใจต่อการให้บริการ โดยให้เหตุผลว่าที่ตนเองแสดงสีหน้าท่าทางดังกล่าวเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ได้รับมา เมื่อแสดงการตอบโต้ด้วยอารมณ์รุนแรงทำให้ผู้ป่วยและญาติมีอาการรุนแรงกลับมาหลายเท่า การแสดงสีหน้ายิ้มรับบางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกว่าเป็นการเย้ยหยัน สุดท้ายพบว่าการแสดงสีหน้าเรียบเฉยนั้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด แต่สิ่งนี้ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหน่ายทางด้านจิตใจของตนเองเป็นอย่างมาก เพราะแม้ว่าจะแสดงสีหน้าเรียบเฉยแต่ก็เกิดความไม่พอใจไว้อยู่ในใจ กลุ่มตัวอย่างบางคนแสดงสีหน้ายิ้มให้กับสถานการณ์ยากลำบากที่เกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติงาน เป็นการปกป้องความรู้สึกที่แท้จริงไว้ในใจที่คุกรุ่นอยู่ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างบางคนที่ไม่พร้อมกับการจัดการทางอารมณ์ ได้ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ดังกล่าวเพื่อลดการปะทะรุนแรง

และการกระทำภายใน (Deep acting) โดยกลุ่มตัวอย่างแสดงสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส แสดงสีหน้าเรียบเฉยไม่แสดงอารมณ์ขุ่นมัว แสดงสีหน้าท่าทางและแววตาตามปกติ ออกมาสู่สังคมภายนอก เหล่านี้เกิดจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคลนั้น ได้แก่ การสั่งใจตนเองให้สงบมีสมาธิจดจ่ออยู่กับหน้าที่ การพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ตรงหน้าก่อนและฝึกแสดงสีหน้าท่าทางอย่างเป็นธรรมชาติโดยอัตโนมัติ การเข้าใจความแตกต่างของผู้อื่นและเห็นอกเห็นใจผู้อื่นทำให้เกิดความเมตตาส่งผลให้การแสดงออกมามีความนุ่มนวลและเป็นปกติวิสัย อย่างไรก็ตามการแสดงอารมณ์และสีหน้าท่าทางเหล่านี้นั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศโดยรวม รวมไปถึงประสบการณ์ของตนเองที่สั่งสมมา

ในการวิเคราะห์แก่นสาระโดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต พบว่า แรงงานทางอารมณ์มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญในการปฏิบัติงานในความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ สามารถจำแนกออกเป็น 3 แก่นสาระ คือ แรงงานทางอารมณ์เป็นพลังแห่งความมุ่งมั่นตั้งใจ แรงงานทางอารมณ์เป็นกระบวนการปรับสภาพทางจิตใจ และแรงงานทางอารมณ์เป็นความรับผิดชอบต่อความสุขและการคาดหวังของผู้อื่น



## 1. แรงงานทางอารมณ์เป็นพลังแห่งความมุ่งมั่นตั้งใจ

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นว่าการปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลต้องมีทุ่มเทกำลังและแรงใจเป็นอย่างมาก ในการเผชิญกับสถานการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น จากคำกล่าวด้านล่างแสดงให้เห็นถึงบทบาทของแรงงานทางอารมณ์ที่เข้าไปผสมผสานกับการปฏิบัติงานพยาบาลที่นอกจากการมีความรู้ความสามารถทางด้านวิชาการที่แม่นยำ ทันสมัยและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ยังต้องทุ่มเทแรงใจด้านอารมณ์และความรู้สึกในขณะที่ปฏิบัติงานด้วย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการใช้กำลังใจในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความอดทนและอดกลั้นที่ต้องเผชิญกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และเพื่อนร่วมงาน

อยากช่วยให้ทุกคนได้รับบริการอย่างดี รวดเร็ว แต่บางครั้งมาแบบจู่ๆ ผิดกาลเทศะ กำลังคุยกับรายอื่นอยู่ ก็เข้ามาเรียกร่องแบบไม่มีมารยาท ไม่เชื่อฟังคำแนะนำ แต่ก็คิดและระลึกว่านั่นคือสิ่งที่เราต้องเผชิญเมื่อมาทำงานในแผนกนี้ ทำให้ดีที่สุดตามมาตรฐาน (พยาบาล 9)

เจอคำปฏิธมาเยาะ มุ่งมั่นทำต่อไป ด้วยเชื่อว่าสักวันเขาจะเข้าใจทุกอย่างที่เราตั้งใจทำเพื่อเขา เพราะเขาไม่รู้เขาจึงแสดงสิ่งเหล่านั้นออกมา จะไม่จมอยู่กับความผิดหวังนานนัก เพราะจะทำให้ห่อเหี่ยวไร้แรงใจ (พยาบาล 11)

หลักการทำงานเพื่อความสบายใจของตนเอง ก็คือต้องไม่ตัดสินคนอื่น พยายามเข้าใจ มองที่ตนเองและปรับกระบวนการคิดของตนเอง แต่กว่าจะทำได้แบบนี้มันนานมากเลย ล้มลุกคลุกคลานเลยแหละ (พยาบาล 14)

## 2. การจัดการทางอารมณ์เป็นกระบวนการปรับสภาพทางจิตใจ

กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงการใช้พลังงานอย่างมากในการจัดการทางอารมณ์ความรู้สึกของตนเองต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นได้ทุกขณะและอย่างสม่ำเสมอในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น โดยแต่ละบุคคลมีแนวทางและลำดับขั้นตอนในการปรับสภาพอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นของตัวเอง เพื่อให้สามารถดำรงคงไว้ซึ่งสีหน้าและอาการปฏิกิริยาของผู้ปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลที่เหมาะสม และปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นมีลำดับการดำเนินการอย่างเป็นขั้นเป็นตอนต่อเนื่องกัน ตั้งแต่การรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การระบุสถานการณ์นั้น เบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายหรือไม่อย่างไร เมื่อสถานการณ์นั้นถูกระบุว่าไม่เป็นไปตามความคาดหวังจะเกิดการตัดสินใจในการเผชิญกับสถานการณ์นั้นอย่างเหมาะสม ภายใต้การใช้ความรู้ความเข้าใจ ประสพการณ์ส่วนตัว รวมไปถึงบรรทัดฐานและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง จนถึงการแสดงออกซึ่งสีหน้าท่าทางต่อสาธารณะชน ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนไปเป็นประสพการณ์ส่วนตัวต่อไป

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามปกติ พยายามเอาใจเขามาใส่ใจเรา และต้องเข้าใจว่าบางครั้งเราก็กังทำงานพลาด คนทั่วไปไปย่อมมีผิดพลาดบ้าง (พยาบาล 3)

ส่วนมากไม่พอใจที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเรา ต้องย้ำ พูดกันบ่อยๆ แต่ก็พูดด้วยสีหน้าเป็นปกติ เพราะเจอบ่อย รู้อยู่แล้วว่าต้องเกิดแบบนี้แน่ๆ (พยาบาล 4)

วางแผน สงบสติอารมณ์ ช่มใจ ไม่ให้แสดงความโกรธออกมา ใช้ความพยายามมากในตอนแรก แต่พอชินมันก็เป็นไปได้เอง (พยาบาล 7)

เมื่อเกิดเรื่องที่ไม่พอใจ ความหงุดหงิดมันมีอยู่แล้ว แต่เราต้องพยายามเข้าใจคนอื่นให้มากๆ โดยหาเหตุผลว่า เขาอาจจะกังวล กลัว บางครั้งมากกว่าตัวเองซะอีก กลับบ้านไปหมดแรง อยู่กับตนเองสักพัก ทำใจให้



สบายแล้วก็ลืมทุกอย่างไป ไม่นำกลับมาคิดเป็นอารมณ์ ถ้าไม่จบเราจะแยเอง (พยาบาล 10)

เมื่อรับรู้ว่าจะเผชิญกับสถานการณ์ ต้องเตรียมตัว คาดการณ์ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ดึงสติและค่อยๆแสดงออกมา (พยาบาล 16)

### 3. แรงงานทางอารมณ์เป็นความรับผิดชอบต่อความสุขและการคาดหวังของผู้อื่น

กลุ่มตัวอย่างหลายคนกล่าวถึงหน้าที่สำคัญของการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ที่ต้องแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อหน้าที่แล้ว กลุ่มตัวอย่างยังแสดงออกถึงความคับข้องใจเกี่ยวกับหน้าที่ การเผชิญหน้า และตอบสนองต่ออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความคาดหวัง และการยอมรับนับถือของผู้ใช้บริการ ดังตัวอย่าง

จัดการทางอารมณ์ไม่ได้ จะมีผลต่อภาพลักษณ์และความเหมาะสมของการแสดงออก (พยาบาล 2)

บางอย่างเราไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนไข้ได้ทุกอย่างที่ต้องการ ถ้าอธิบายแล้วยอมรับได้ก็จบ แต่ถ้าไม่ ก็ต้องหาทางให้เข้าใจ จะอธิบายเพิ่มหรืออย่างอื่น (พยาบาล 10)

รองรับอารมณ์ผู้อื่น โดยที่ไม่ได้ถูกใส่ใจจากสัปดาห์นั้นเจ็บแค่นั้น (พยาบาล 12)

### อภิปรายผล

แรงงานทางอารมณ์สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ต้องติดต่อกับผู้รับบริการโดยตรง เป็นที่รับรู้ว่าการพยาบาลเป็นหนึ่งในงานที่ทำให้เกิดความเครียดสูง อีกทั้งเป็นงานที่ต้องใช้สมรรถนะในการควบคุมอารมณ์และความอ่อนไหวทางอารมณ์ในขณะที่มีการเผชิญหน้ากับผู้ให้บริการ (Tamrongrak, 2014) นอกจากนี้พยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงซึ่งอาจจะเกิดแรงงานทางอารมณ์ได้ง่าย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดแรงงานทางอารมณ์และใช้การกระทำภายนอก (Surface acting) ในการจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เปี่ยมเบนไปจากปกติมากกว่าเพศชาย (Boucher, 2016) เป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนรับรู้ถึงการมีอยู่ของแรงงานทางอารมณ์ ยอมรับและแสดงออกถึงการใช้พลังงานทางร่างกายและพลังใจในการจัดการอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างเป็นปกติในการทำงาน ทั้งในสถานการณ์ที่เคยมีประสบการณ์ และสถานการณ์ที่เพิ่งเคยประสบครั้งแรก รวมไปถึงมีการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจและอารมณ์ในการเผชิญปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติหน้าที่

กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ข้อมูลว่า แรงงานทางอารมณ์เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ในทุกขั้นตอนของกระบวนการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยกับญาติ เพื่อนร่วมงาน หรือผู้ให้บริการ เป็นแรงงานที่ต้องใช้พลังในการกระทำที่ไม่สามารถระบุความหนักเบาได้อย่างชัดเจน เนื่องจากเป็นแรงงานที่ไม่สามารถมองเห็นได้ และจับต้องไม่ได้ สามารถกล่าวได้ว่าแรงงานทางอารมณ์เป็นแรงงานที่ไม่สามารถมองเห็นได้แต่จำเป็นต้องมีอยู่เพื่อความสำเร็จของการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า แรงงานทางอารมณ์ส่วนหนึ่งที่จำเป็นในการทำงาน และซ่อนเร้นอยู่ภายใต้ความสำเร็จของงาน (Smith, 2019) ในเมื่อผู้ปฏิบัติงานทุกคนรับรู้ในทุกขณะของการปฏิบัติงาน มีการใช้แรงงานทางอารมณ์ร่วมกับแรงงานทางร่างกาย ทักษะในการปฏิบัติงาน และแรงงานทางปัญญา จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำเสนอต่อผู้บริหาร ให้มีการผนวกคุณค่าของแรงงานทางอารมณ์เข้าไปกับคุณค่าของงานตามหน้าที่รับผิดชอบ





วิธีการจัดการทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีหลากหลายซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ การกระทำภายนอก (Surface acting) และการกระทำภายใน (Deep acting) จากการสัมภาษณ์และการสังเกตพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การกระทำภายนอก มีความเห็นและแสดงออกถึงความเหนื่อยล้าหลังจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการในสถานการณ์ที่เบี่ยงเบนไปจากปกติและไม่พึงประสงค์อย่างชัดเจนกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้การกระทำภายในช่วยในการจัดการทางอารมณ์ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การกระทำภายนอกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเหนื่อยใจในระดับมาก ในขณะที่ไม่พบว่าความเหนื่อยใจมีความสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การกระทำภายใน ซึ่งความเหนื่อยใจทางใจที่เกิดจากแรงงานทางอารมณ์ส่งผลอย่างมากต่อการหมดไฟในการทำงาน (burn out) ความท้อแท้และคุณภาพของการทำงาน (Biron & Veldhoven, 2012)

จากผลการศึกษาที่กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต้องใช้พลังและการลงใจในการทำงาน และการแสดงออกให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อความสุขและการคาดหวังของผู้อื่น มีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนมโนธรรมและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพในการควบคุมตนเองของวิชาชีพอย่างเป็นอิสระ รวมทั้งการนำเสนอให้สังคมได้รับรู้จุดมุ่งหมายของวิชาชีพการพยาบาลได้ดีขึ้น (The Nurses' Association of Thailand, 2003) สามารถกล่าวได้ว่าความคาดหวังทางสังคม นับได้ว่าเป็นกฎความรู้สึก (Feeling rules) ที่สำคัญอย่างหนึ่งที่พยาบาลต้องประพฤติปฏิบัติเพื่อธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ ทั้งนี้การใช้แรงงานทางอารมณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลนับได้ว่าเป็นการสร้างสมดุลในการจัดการความรู้สึกของตนเอง ให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และความคาดหวังของตนเอง วิชาชีพ และสังคม เพื่อให้งานสำเร็จลุล่วงและเป็นประโยชน์แก่ผู้ใช้บริการ นอกจากนี้พบว่าความสำคัญของการใช้แรงงานทางอารมณ์ในการต่อรองและกระบวนการจัดการความรู้สึกของผู้ประกอบวิชาชีพมีความเครียดสูง นอกจากจะต้องเอาใจใส่กับอารมณ์และความรู้สึกส่วนตัว ยังเกี่ยวข้องกับความเป็นมืออาชีพ และความตื่นตัวในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ (Fabianowska & Hanlon, 2014)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลสำคัญในการเกิดขึ้นและแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแรงงานทางอารมณ์ที่ควรได้รับความตระหนักและให้ความสนใจเทียบเคียงกับการใช้แรงงานทางด้านร่างกาย และแรงงานทางปัญญา
2. เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมการเกิดทักษะการจัดการทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
3. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลที่เอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาวะทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ซึ่งได้มอบทุนในการศึกษาวิจัย และขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้



### เอกสารอ้างอิง

- Biron, M. & Veldhoven, M. V. (2012). Emotional labour in service work: Psychological flexibility and emotion regulation. *Human Relations*. 65(10), 1259-1282.
- Boucher, C. (2016). A Qualitative Study of the Impact of Emotional Labour on Health Managers. *The Qualitative Report*. 21(11), 2148-2160.
- Fabianowska, J. & Hanlon, N. (2014). Emotional labour in harm-reduction practice in Ireland. [online], Available: <https://www.lenus.ie/handle/10147/314631> (2019, 21 May).
- Garfinkel H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social-structure. *American Journal of Sociology*. 85(3), 551-575.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Management Heart: The Commercialization of Human Feeling*. Berkely: University of California Press.
- Muangman, M. (2017). Emotional Labor in Nursing: A Review. *Journal of Health Science Research*. 11(2), 11-17.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. B. & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods* 16, 1-13.
- Pfeffer C. A. (2010). "Women's Work"? Women partners of transgender men doing housework And emotion work. *Journal of Marriage and Family*. 72(1), 165-183.
- Polit D. F. and C. T. Beck. 2018. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (9<sup>th</sup> ed.) London: Lippincott Williams& Wilkins.
- Smith, K. (2019). *Invisible Work: A Qualitative Study of the Emotional Labor of Professors*. Theses and Dissertations (All). 1731. <https://knowledge.library.iup.edu/etd/1731>.
- Tamrongrak. A. (2014). Emotional Labour: Public service leadership. *Sripatum Review of Humanities and Social Sciences*. 14(1), 138-141. (in Thai).
- The Nurses' Association of Thailand. (2003). *Nursing Ethics Issue 2003*. [online], Available: [https://www.nur.psu.ac.th/Report\\_mis/file/b.pdf](https://www.nur.psu.ac.th/Report_mis/file/b.pdf) (2019, 21 May).



## Implementing Interprofessional Education via Home Visits Involving Nursing and Pharmacy Students

Saifon Saritdikul,\* Pleumjit Chotiga,\* Nitcha Tipwan\*

(Received May 8, 2020, Revised: August 4, 2020, Accepted: October 16, 2020)

### Abstract

This research and development study aims to design and implement an interdisciplinary curriculum for nursing and pharmacy via home visit in community and this Interprofessional Education (IPE) program focused on health care for older patients with chronic diseases as well as collaborative practice as a member of an interdisciplinary team. The interprofessional students visited older patients with chronic diseases in community twice to provide health care and health education related with nursing science and pharmacy science based on Project - based Health Care Development Practicum and Public Health Pharmacy subject. Finally, evaluation by group and individual reflection was conducted to measure the effectiveness of the IPE program.

The result showed that Interprofessional Education Via Home Visits model should consider course design, student and teacher capacities and implementing IPE intra-curriculum via home visits provided an opportunity for nursing and pharmacy students as well as their instructors to build relationships and expand their understanding of each other's role and responsibility. Significantly, the knowledge of one's own role and those of other professions was applied to appropriately assess and address the health care needs of older patients with chronic diseases.

**Keywords:** Interprofessional education; Nursing student; Pharmacist student; Home visit, Elderly care

---

\* Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing Chiangmai



## การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์และนักศึกษาเภสัชศาสตร์

สายฝน สฤณดิกุล\*, ปลื้มจิต โชติกะ\*, นิชชา ทิพย์วรรณ\*

(วันรับบทความ : 8 พฤษภาคม 2563, วันแก้ไขบทความ : 4 กันยายน 2563, วันตอบรับบทความ : 16 ตุลาคม 2563)

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านและเพื่อศึกษาผลของการใช้การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาเภสัชศาสตร์ โดยอาจารย์ผู้สอนทั้งสองหลักสูตรร่วมวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน (Analysis: A) ในการเรียนการสอนแบบเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ ประชุมวางแผนการออกแบบและพัฒนารูปแบบกิจกรรม (Design and Development: D & D) ในการเรียนรู้ร่วมกันสำหรับวิชาชีพพยาบาลและเภสัชกร นำรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพไปใช้ (Implementation: I) โดยให้นักศึกษาทั้ง 2 หลักสูตร ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านผ่านวิชาปฏิบัติการโครงการพัฒนาสุขภาพ หลักสูตรพยาบาลศาสตร์และวิชาเภสัชสาธารณสุข หลักสูตรเภสัชศาสตร์ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 และประเมินผลการใช้รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ (Evaluation: E) จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการเขียนสะท้อนคิด และผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพจำเป็นต้องคำนึงถึงลักษณะรายวิชา คุณลักษณะผู้เรียนและผู้สอนที่สอดคล้องกันระหว่างวิชาชีพ จากผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพผ่านการเยี่ยมบ้านในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์และเภสัชศาสตร์พบว่านักศึกษาเกิดการรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบตามสาขาวิชาชีพ การเคารพสาขา วิชาชีพอื่น การทำงานเป็นทีมและการมีภาวะผู้นำ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นและการยอมรับความต้องการของ ผู้ป่วย ซึ่งเป็นสมรรถนะและทักษะที่ควรเกิดขึ้นในการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ นอกจากนี้ยังทำให้การดูแลผู้สูงอายุผ่านการเยี่ยมบ้านมีประสิทธิภาพที่ดี

**คำสำคัญ:** การเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ; นักศึกษาพยาบาลศาสตร์; นักศึกษาเภสัชศาสตร์; การเยี่ยมบ้าน; การดูแลผู้สูงอายุ

\* อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่



## บทนำ

การจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพหรือการเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional education หรือ IPE) หมายถึงการจัดการศึกษาที่มีผู้เรียนจากสองวิชาชีพขึ้นไปได้เรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ทาง ด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2010) โดยองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายและสำคัญของการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพทางด้านสุขภาพไว้ว่า “การจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพจะเกิดขึ้นเมื่อมีผู้เรียนจากสองวิชาชีพขึ้นไปได้เรียนรู้เกี่ยวกับ เรียนรู้จาก และเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ ทางด้านสุขภาพ” เป็นการเรียนรู้แนวใหม่ในการสร้างความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านทัศนคติรวมถึงวิธีลงมือปฏิบัติ ให้กับนักศึกษาที่กำลังศึกษาในหลักสูตรด้านสุขภาพและอาจารย์ผู้สอนและเป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาด้านสุขภาพและสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชศาสตร์ เทคนิคการแพทย์ สหเวชศาสตร์ ได้เรียนรู้ร่วมกันทั้งในและนอกชั้นเรียน เพื่อเพิ่มความเข้าใจระหว่างวิชาชีพเมื่อต้องปฏิบัติงานจริง และเชื่อมโยงการทำงานด้านสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ การจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพและการเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพถูกนำไปใช้ในระบบการศึกษาของบุคลากรด้านสุขภาพในหลายประเทศ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากรายงานวิจัยพบว่าการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพทำให้เกิดการพัฒนา การเรียนรู้ของนักศึกษาด้านสุขภาพ ทั้งในเรื่องทักษะเชิงวิชาชีพ และทักษะเชิงสังคม และเป็นกลไกหนึ่งในการขับเคลื่อนระบบการศึกษาของบุคลากรด้านสุขภาพอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน (Brandt, Lutfiyya, King & Chioreso, 2014; Brashers, V., Erickson, J. M., Blackhall, L., Owen, J. A., Thomas, S. M. & Conaway, M. R. 2016) ส่วนการให้ความหมายของการเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพโดย วีระศักดิ์ พุทธาศรีและ วณิช ชื่นกองแก้ว (Putthasri, W. and Chuenkongkaew, W. 2016) และ Hermann, C. P., Head, B. A., Black, K. & Singleton, K. (2016) ให้ความหมายของ การเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพ ไว้ว่าเป็นหนึ่งในการเรียนรู้แบบ Transformative Learning เป็นการเรียนรู้แนวใหม่ในการสร้างความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านทัศนคติรวมถึงวิธีลงมือปฏิบัติ ให้กับนักศึกษาที่กำลังศึกษาในหลักสูตรด้านสุขภาพ จากการศึกษาของ สุณี เศรษฐเสถียร (Sethasathien, S., 2015) ได้ศึกษารูปแบบการเรียนแบบสหวิชาชีพซึ่งมีผู้เรียนจากหลักสูตร แพทยศาสตรบัณฑิต, กายภาพบำบัด, กิจกรรมบำบัด และพยาบาลศาสตร์ ซึ่งฝึกปฏิบัติพร้อมกันในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความพร้อมในการเรียนแบบสหวิชาชีพและเห็นด้วยที่จะใช้วิธีการเรียนแบบสหวิชาชีพในการฝึกภาคปฏิบัติ ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพหรือระหว่างวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพ ควรมีกระบวนการเป็นระบบแบบแผน มีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีการติดต่อประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง ควรมีชิ้นงานหรือกิจกรรมที่ทีมรับผิดชอบร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เรียนได้มีความเข้าใจในวิชาชีพของผู้อื่นและมีการนำองค์ความรู้ระหว่างวิชาชีพมาใช้ร่วมกันให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุ ตั้งแต่ปี 2559 โดยในจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 65.9 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 และมีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยกำลังจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี 2564 ประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 20 และเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า เมื่อมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28 ของประชากร ทั้งหมด (Foundation of Thai Gerontology Research and development institute, 2016) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้น การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายพบว่า โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่โรคความดันเลือดสูง เบาหวาน หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต ซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ





(Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute ;IGRI, 2016) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ควบคุมอาการของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น สำหรับการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุเหล่านี้เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ ดังนั้นการประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการให้บริการสุขภาพในชุมชนในฐานะเป็นผู้ให้บริการและหุ้นส่วนทางสุขภาพเพื่อให้ การดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนจึงควรสอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม ความเข้าใจแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน องค์ประกอบของการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน บทบาทของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ ช่วยให้สามารถนำความรู้และทักษะลงสู่การปฏิบัติเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้เป็นอย่างดี และช่วยให้ผู้สูงอายุนั้นสามารถปรับตัวรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ มีความสุขอยู่ที่บ้านและในชุมชนและคุณภาพชีวิตที่ดี การเยี่ยมบ้านจึงเป็นวิธีการที่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนที่ได้ผลดี

การเยี่ยมบ้าน หมายถึง วิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งควรจะมีรูปแบบและวิธีการเพื่อให้เกิดผลคุ้มค่ามากที่สุด ทีมเยี่ยมบ้านควรที่จะต้องมีความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีต่อการเยี่ยมบ้านด้วย Bhatnagar, T. (2015) และ Fumaneeshok, O. (2017) ให้ความหมาย ดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) และการเยี่ยมบ้าน (home visit) การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านคือ ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น โดยการเยี่ยมบ้านนั้นหมายถึง รูปแบบการบริหารที่เป็นส่วนหนึ่ง ของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมจะออกไปเยี่ยม ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เป้าหมายของการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยที่บ้าน คือ สามารถวางแผนการรักษาให้เหมาะสม กับบริบทของแต่ละบ้านโดยอาศัยการดูแลแบบองค์รวมเพื่อทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถดูแลรักษาโรคที่เผชิญได้อย่างถูกต้อง และมีสุขภาพที่ดีขึ้น การเยี่ยมบ้านเป็น การดูแลผู้ป่วยรูปแบบหนึ่งเพื่อช่วยให้การรักษาผู้ป่วยออกมามีประสิทธิภาพมากขึ้น จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การเยี่ยมบ้าน (Home visit) หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพผู้รับบริการที่บ้าน โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือผู้รับบริการและครอบครัวมีความเต็มใจให้เยี่ยมบ้านและทีมบุคลากรสุขภาพมีความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีต่อการเยี่ยมบ้านด้วยการเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือที่สำคัญนำไปใช้เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการเรียนรู้และเสริมสร้างการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของทีมผู้ให้บริการโดยยึดแนวคิดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จากบริบทและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ได้อย่างแท้จริง ซึ่งจะนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความร่วมมือในการดูแลตนเองและการดูแลจากครอบครัวมากขึ้น การเตรียมนักศึกษาทั้งสองวิชาชีพให้มีความเข้าใจในบทบาทซึ่งกันและกัน สามารถทำงานร่วมกันและสามารถสื่อสารกัน อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านในชุมชน มีการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพของสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้การให้คำแนะนำด้านการใช้ยามีส่วนสำคัญในกระบวนการดูแลรักษาโรคสำหรับผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง บทบาทของพยาบาลและเภสัชกรจะมีความสำคัญที่ต้องทำงานร่วมกันในการให้คำแนะนำเพื่อดูแลสุขภาพและการบริหารยาโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซับซ้อนซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดจำเป็นต้องได้รับการติดตามดูแลสุขภาพและคำแนะนำในการรับประทานยาเพื่อควบคุมโรค ซึ่ง“การเยี่ยมบ้าน” เป็นเครื่องมือหนึ่ง



ที่สำคัญซึ่งประหยัดและง่ายต่อการนำไปใช้เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและครอบครัว การให้บริการในชุมชนดูแลและเป็นการเรียนรู้และเสริมสร้างการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวมของทีมผู้ให้บริการโดยยึดแนวคิดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จากบริบทและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ได้อย่างแท้จริง (Australian College of Nursing, 2014) ซึ่งจะนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความร่วมมือในการดูแลตนเองและการดูแลจากครอบครัวมากขึ้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ เป็นสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาที่จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรปริญญาตรีหลักสูตรเดียวคือหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยมีข้อจำกัดในการจัดการเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ การจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพจะเพิ่มโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้ร่วมกับนักศึกษาในวิชาชีพอื่น เนื่องจากในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมนโยบายสนับสนุนการใช้อย่างสมเหตุผลและสภาพการพยาบาลได้มีแนวทางให้บรรจุหลักสูตรการใช้อย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้การทำงานของวิชาชีพพยาบาลเป็นไปตามบันทึกข้อตกลงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (Thailand Nursing and Midwifery, 2018) ซึ่งในการเรียนรู้ร่วมระหว่างนักศึกษาวิชาชีพพยาบาลกับนักศึกษาวิชาชีพเภสัชกรจะให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้มากขึ้นเกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุผล นอกจากนี้การให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการร่วมกันในชุมชนแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชนจะเป็นการเตรียมนักศึกษาทั้งสองวิชาชีพในการทำงานร่วมระหว่างวิชาชีพและสามารถประยุกต์กับการทำงานกับสหวิชาชีพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้าน
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้าน

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย Research & Development เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้การเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพผ่านการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ และนักศึกษาเภสัชกรชั้นปีที่ 3 หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2560 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2560 – เมษายน 2561

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างในพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และประเมินรูปแบบ ประกอบด้วย อาจารย์ผู้สอนทั้ง 2 หลักสูตรและนักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 6 ที่ฝึกปฏิบัติในชุมชนเป้าหมาย จำนวน 10 คน

กลุ่มตัวอย่างในการใช้รูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ ประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 32 คนและนักศึกษาเภสัชศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต 24 คน



### เครื่องมือที่ใช้วิจัย

รายงานการเขียน Reflective Journal ภายหลังการเข้าร่วมโครงการโดยนักศึกษามีอิสระในการเขียนความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับในการเรียน และความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมายจะรวบรวมรายงาน Reflective Journal ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน

วิธีดำเนินการวิจัยและพัฒนา มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R1) การวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน (Analysis: A) เป็น การศึกษาแนวคิด หลักการและข้อมูลเชิงนโยบายของการจัดการศึกษาแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional Education) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต รวมทั้งการจัดการเรียนการสอนมีการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ และศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) การออกแบบและการพัฒนา (Design and Development: D & D) เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบเรียนการสอนมีการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพและประเมินความตรงด้านเนื้อหา กระบวนการโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในระยะที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research: R2) การนำไปใช้ (Implementation: I) เป็นการนำรูปแบบการเรียนรู้อร่วมระหว่างวิชาชีพในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง วิธีดำเนินการ ประชุมวางแผนการเตรียมกิจกรรมในการเรียนรู้ร่วมกันสำหรับวิชาชีพพยาบาลและเภสัชกรในการเยี่ยมบ้านโดยคณะผู้วิจัย อาจารย์จากทั้งสองวิชาชีพ อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกและนักศึกษาเภสัชศาสตร์ ชั้นปีที่ 6 (ทีมผู้ช่วยนักวิจัย) จัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกันสองวิชาชีพผ่านวิชาปฏิบัติการโครงการพัฒนาสุขภาพ (Project - based Health Care Development Practicum) ของนักศึกษาพยาบาลบัณฑิตชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ และวิชาเภสัชสาธารณสุข (Public Health Pharmacy) นักศึกษาเภสัชศาสตร์ หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิตในภาคการศึกษาที่ 2 ชั้นปีที่ 3 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพปีการศึกษา 2560 (มกราคม – มีนาคม 2561)

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development: D2) การประเมินผล (Evaluation: E) เป็นการประเมินของการประยุกต์ใช้การเรียนรู้อร่วมระหว่างวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

4.1 ประเมินความเหมาะสมของการประยุกต์ใช้การเรียนรู้อร่วมระหว่างวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านโดยอาจารย์ประจำกลุ่มจากทั้ง 2 หลักสูตรจำนวน 8 คนและอาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกจำนวน 2 คน

4.2 ประเมินเชิงคุณภาพระหว่างเรียนและหลังเรียนด้วยกระบวนการสะท้อนคิดจาก Reflective Journal

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากเนื้อหาข้อมูลในแบบสะท้อนคิด มาหาประเด็นหลัก (Theme) รวมทั้งแก่นสาระ (Core Consistency) และแก่นความหมาย (Core Meaning) ในประสบการณ์การเรียนรู้อร่วมระหว่างวิชาชีพ โดยเทียบเคียงกับสมรรถนะที่คาดหวังในการเรียนรู้อร่วมระหว่างวิชาชีพ



### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยและดำเนินการจัดการเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ และ มหาวิทยาลัยพายัพ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากนักศึกษาทั้ง 2 หลักสูตรในการดำเนินกิจกรรม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอบเขตของงานวิจัย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการดำเนินการและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเข้าร่วมและขอความร่วมมือในการทำวิจัย การนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพจะมี Code ในการนำเสนอโดยไม่เปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลที่ได้ไม่มีผลกับ ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองการพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยใน มนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ รหัสจริยธรรม วิจัย BCNCT 08/2560 รับรองตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2560 – วันที่ 31 กรกฎาคม 2561

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ การเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านและศึกษาผล ของการประยุกต์ใช้การเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพผ่านการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์และนักศึกษา เภสัชศาสตร์ ผลการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มี ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้าน

ขั้นเตรียมก่อนการวิจัยและพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ เลือกชั้นปีของนักศึกษาของทั้ง 2 หลักสูตรที่จะเข้าร่วม ต้องเป็นชั้นปีที่มีความใกล้เคียงกันในด้านความรู้ เลือกรายวิชาที่อยู่ในหลักสูตร (Intra curricular) ศึกษารายละเอียดวิชา ช่วงเวลาในการเรียนขอความร่วมมือจากอาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาของทั้ง 2 หลักสูตรในการเข้าร่วมซึ่งทางหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เสนอรายวิชาปฏิบัติการโครงการพัฒนาสุขภาพซึ่งทีมวิจัย และตัวแทนอาจารย์มีความคิดเห็นตรงกันว่า มีลักษณะการฝึกประสบการณ์ในชุมชนและมีความยืดหยุ่นในการจัด กิจกรรมการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ ในขณะที่หลักสูตรเภสัชศาสตร์เสนอรายวิชาเภสัชสาธารณสุข เนื่องจากมีหัวข้อ การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและการใช้อย่างสมเหตุผล เมื่อได้รายวิชาแล้ว หาอาสาสมัคร ตัวแทนอาจารย์จากทั้ง 2 หลักสูตรที่จะเข้าร่วมกิจกรรม วางแผนในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเลือกพื้นที่ ที่จะลงเยี่ยมบ้าน การจัดทำคู่มือการฝึกภาคปฏิบัติให้สอดคล้องกับการเรียนรู้ การเลือกวันที่จะลงเยี่ยมบ้านให้ทั้ง สองหลักสูตร มีความพร้อมที่จะลงตรงกัน ประสานและขอความร่วมมือจาก อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก เตรียม นักศึกษาและอาจารย์ของแต่ละหลักสูตร เพื่อจัดกลุ่ม ขั้นพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพผ่านการ เยี่ยมบ้าน ได้รูปแบบ ดังนี้

**ระยะที่ 1** กิจกรรมเตรียมความพร้อมของผู้เรียนทั้ง 2 หลักสูตร

1.1 กิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้เรียนสองวิชาชีพ กำหนดวันแรกที่เริ่มจัดกิจกรรม จัดที่ ตึกเรียนของคณะเภสัชศาสตร์ นำนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 และนักศึกษาเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 โดย อาจารย์ผู้รับผิดชอบโครงการบรรยายถึงวัตถุประสงค์การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในการ ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์และนักศึกษา เภสัชศาสตร์ ในการจัดกิจกรรมโดยมีการแนะนำตัว และจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์และนักศึกษาเภสัชศาสตร์ ที่ต้องออกไปทำงานร่วมกัน



## 1.2 สร้างความเข้าใจในการเรียนรู้แบบ IPE

แบ่งกลุ่มนักศึกษาและการประชุมกลุ่มย่อยในการวางแผนการเรียนรู้ผ่านการเรียนการสอนแบบ IPE และการใช้ Application ในการเรียนรู้ร่วมกัน

ระยะที่ 2 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทบาทแต่ละวิชาชีพผ่านการเรียนรู้แบบ โดยใช้กรณีศึกษาจริง เตรียมกรณีศึกษาจากพื้นที่ปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการโครงการพัฒนาสุขภาพ (Project - based Health Care Development Practicum) ในตำบลหนองไคร้ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ วางแผนการเตรียมการรวบรวมข้อมูลเพื่อเตรียมการเยี่ยมบ้านในบทบาทของพยาบาลและ เภสัชกร

### ระยะที่ 3 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุแบบสหวิชาชีพ

สัปดาห์ที่ 1 ในการฝึกงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และนักศึกษาเภสัชศาสตร์ การลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมตามที่ได้ออกแผนการพยาบาลให้การดูแลผู้สูงอายุ และนักศึกษาเภสัชศาสตร์ได้ออกแผนการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้สูงอายุในกรณีศึกษาได้รับ

สัปดาห์ที่ 2 ในการฝึกงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อให้การพยาบาลและให้คำแนะนำในด้านสุขภาพและนักศึกษาเภสัชศาสตร์ให้คำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้อง และการเก็บรักษายาให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวและการป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา หรือการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด

ระยะที่ 4 กิจกรรมการนำเสนอผลการเยี่ยมบ้านและกิจกรรมการสะท้อนคิด (Reflection) ที่นักศึกษาทั้งสองหลักสูตรได้จากการเรียนรู้ร่วมกันนำเสนอผลการเยี่ยมบ้านและสะท้อนกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกัน

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2** เพื่อศึกษาผลของการใช้การเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพผ่านการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์และนักศึกษาเภสัชศาสตร์

ผลการประเมินเชิงคุณภาพหลังการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพจากกระบวนการสะท้อนการเรียนรู้ (Learning Reflection) ซึ่งทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดผ่านการไตร่ตรองสะท้อนคิด (learning and reflection) พบว่ามีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะและสมรรถนะของนักศึกษาต่าง ๆ ที่สนับสนุนการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ ได้แก่ ประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

-การทำงานเป็นทีมและการมีภาวะผู้นำ (teamwork and leadership) ดังตัวอย่างจากข้อมูลจากการเขียน reflective ของนักศึกษาคือ “ได้ทำกิจกรรมกับเพื่อนเป็นทีม ได้ช่วยกันทำกิจกรรม บางครั้งต้องนำเพื่อนๆ ทำกิจกรรม” “เยี่ยมบ้านทีละหลายคน ต้องมีคนเป็นคนนำและเราต้องฟัง บางทีเราต้องฟังเวลาเพื่อนบอกและปรึกษากันก่อนทำกิจกรรม”

-รู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบตามสาขาวิชาชีพ การเคารพสาขา วิชาชีพอื่น (role, responsibility, respect) “ชอบทำกิจกรรมกับน้อง ๆ ถึงเราจะเป็นพี่แต่เวลาน้องพูดเราต้องฟังเพราะเรื่องที่เราต้องให้น้องนำคะ” “พี่เขาเยี่ยมบ้านเป็นธรรมชาติมากคะ พี่เค้ามีประสบการณ์มากกว่าเราคะ” “เราร่วมมือกันในการทำงาน แบ่งงานกันอย่างเป็นสัดส่วน พี่พยาบาลเตรียมการให้สุขศึกษา ทางพวกเราดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา” “ได้รู้ว่าเพื่อนสาขาอื่น ๆ เขาเรียนเขาฝึกงานกันอย่างไร ทำงานกลุ่มร่วมกันทำให้เรารู้จักการทำงานของเขามากขึ้น ได้เรียนรู้กันและกัน”





-**การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (communication)** ดังตัวอย่างจากข้อมูล “ถึงแม้จะเรียนกันคนละหลักสูตรแต่ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร เพราะก่อนทำกิจกรรมจะสอบถาม ทวนสอบกันก่อนทุกครั้ง” “ดีที่เราเรียนศัพท์เฉพาะด้านสุขภาพมาเหมือนกันทำให้คุยกันรู้เรื่อง”

-**การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการยอมรับความต้องการของผู้ป่วย (relationship with, and recognizing the need of the patient)** ดังตัวอย่างจากข้อมูล “ได้เยี่ยมบ้านเป็นครั้งแรก ได้ทำอะไรให้คุณตา ทำประโยชน์ให้กับบุคคลอื่น เราต้องฟังความต้องการและเหตุผลของคุณตาด้วยก่อน”

นอกจากนี้ผลการสะท้อนการเรียนรู้ยังประเด็นสำคัญเกี่ยวกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 คือทักษะชีวิตและการทำงาน (Life and Career Skills) ในด้านความยืดหยุ่นและความสามารถในการปรับตัว ดังนี้

“ปกติผมเป็นคนตรงต่อเวลา ถ้าการนัดหมายไม่ตรงเวลา จะรู้สึกหงุดหงิด.....แต่การเยี่ยมบ้านกับพี่ ๆ พยาบาล ได้เห็นพี่ ๆ ฝึกงานในชุมชน ต้องเดิน ต้องขี่รถเครื่อง อากาศร้อนๆ เห็นพี่มาเหนื่อยๆ ร้อนๆ น่าเห็นใจครับ ทำให้เข้าใจได้ว่าพี่เขาฝึกงานลำบากกว่าเรา” “บางครั้งนัดเจอเพื่อทำกลุ่มกว่าจะวันลงตัวยากมาก พวกเราต้องเอาตามคนกลุ่มใหญ่ที่สะดวกและค่อยมาช่วยปรับของเราให้พามาเข้ากลุ่มตามนัดได้”

ในข้อมูลการสะท้อนยังพบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการเรียนรู้ เช่น ความไม่สะดวกในการนัดหมายและเดินทาง ดังตัวอย่างข้อมูล “เรียนกันคนละที่ วันหยุดเรียนไม่ตรงกันทำให้นัดแล้วเลื่อนบ่อย” “การเดินทางออกไปทำกิจกรรมนอกมหาวิทยาลัยและไกลทำให้บางครั้งไม่อยากไป” “ควรเพิ่มจำนวนครั้งในการพบกันก่อนเยี่ยมบ้าน เพราะจะได้คุยกันมากกว่านี้ จะได้เรียนรู้บทบาทกันได้มากกว่านี้”

ความมั่นใจในการสื่อสารและออกความคิดเห็น พบว่านักศึกษาปีที่ 3 คณะเภสัชศาสตร์ ได้สะท้อนคิดประเด็นนี้ออกมามากกว่า “พวกเราไม่เคยเยี่ยมบ้าน เลยไม่มั่นใจว่าจะเสนอความคิดเห็นจะถูกไหม” “พี่เขามีประสบการณ์มากกว่าให้พี่พยาบาลนำทีมเลย”

## อภิปรายผล

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพพบว่า รูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพจำเป็นต้องคำนึงถึงลักษณะรายวิชา คุณลักษณะผู้เรียนและผู้สอนที่สอดคล้องกันระหว่างวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ Aston, S.J., et al (2012) ซึ่งได้ศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการจัดการศึกษาแบบเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพใน 3 สถาบันและได้ให้ความเห็นว่าการจัดการเรียนรู้ร่วมนี้ต้องคำนึงถึงผู้เรียนโดยให้มีการเตรียมความพร้อมผู้เรียนให้มีความพร้อม ซึ่งจะส่งเสริมการเรียนรู้และเสริมสร้างการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวมของทีมผู้ให้บริการแบบสหวิชาชีพ ซึ่งจะนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความร่วมมือในการดูแลตนเองและการดูแลจากครอบครัวมากขึ้น การเตรียมนักศึกษาทั้งสองวิชาชีพให้มีความเข้าใจในบทบาทซึ่งกันและกัน สามารถทำงานร่วมกันและสามารถสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านในชุมชนจะทำให้ นักศึกษา มีความพร้อมในการทำงานร่วมกันในอนาคตและที่สำคัญยังส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยที่บุคลากรด้านสุขภาพจะใช้ความรู้ความสามารถที่มีทำงานร่วมกันเพื่อการรักษาอย่างดีที่สุดจะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการในระบบสุขภาพต่อไป

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์และนักศึกษาเภสัชศาสตร์ พบว่านักศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงการได้เรียนรู้ทักษะในศตวรรษที่ 21 มีการแสดงการสะท้อนคิดเรื่องความสามารถในปรับตัวเพื่อการเปลี่ยนแปลง ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ และเกิดความยืดหยุ่นในการทำงาน สามารถสร้างความ



สมดุลในการทำงานและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงสร้างสรรค์ นอกเหนือไปจากการรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบตามสาขาวิชาชีพ การเคารพสาขาวิชาชีพอื่น การทำงานเป็นทีมและการมีภาวะผู้นำ การเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดผ่านการไตร่ตรองสะท้อนคิด การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการยอมรับความต้องการของ ผู้ป่วย ซึ่งเป็นสมรรถนะและทักษะที่ควรเกิดขึ้นในการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ (Hermann, C.P. et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rotz ,E.M, et al (2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในนักศึกษาปี 1 ของคณะเภสัชศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์และการศึกษาของ Colonio Salazar, F.B., et al (2016) ที่จัดการเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพให้กับนักศึกษาในชั้นปีที่ 1 และพบว่านักศึกษาเกิดการเรียนรู้และเกิดทักษะในศตวรรษที่ 21 ควบคู่ไปพร้อมกัน นอกจากนี้ความมั่นใจการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในสถานที่ฝึกปฏิบัติงานโดยมีการสรุปสาระสำคัญของเนื้อหาโดยอาจารย์ผู้สอนเมื่อสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม และมีอาจารย์สหวิชาชีพร่วมกิจกรรมด้วยเป็นรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพที่นักศึกษาของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่ามีความพึงพอใจในการเรียนวิธีนี้ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ต้องเตรียมความรู้จำเพาะในวิชาชีพให้ พร้อมมากขึ้น และควรเสริมความมั่นใจในการร่วมกิจกรรมกลุ่มให้แก่ นักศึกษาพยาบาล (Sethasathien S., 2015)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เกิดพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพ ทำให้ผู้สอนเกิดการคิดวิเคราะห์การพัฒนาแบบการเรียนรู้ระหว่างการเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพเพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีการเรียนรู้ร่วมกันซึ่งเป็นนวัตกรรมการเรียนการสอนแบบใหม่ที่สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ในการทำงาน การปรับตัวเมื่อต้องทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นและทำให้นักศึกษาความกระตือรือร้นในการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญในการเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพซึ่งอาจทำให้นักศึกษาได้พัฒนาต่อยอดในการฝึกปฏิบัติงานร่วมกับนักศึกษาหรือบุคลากรในวิชาชีพอื่น ในขณะที่ฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ
2. นำผลลัพธ์ของการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในด้านการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความพร้อมต่อการเรียนรู้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของตนเองและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มการศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพกับนักศึกษาทั้งชั้นปี
2. มีการขยายกลุ่มเป้าหมายไปที่วิชาชีพอื่น ๆ เพิ่มเติมเพื่อเพิ่มโอกาสและประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น และศึกษาผลของโครงการในกลุ่มวิชาชีพอื่นร่วมด้วย
3. ขยายขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาออกไปมากกว่า 2 รอบและควรมีการประเมินผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการเรียนรู้ร่วมระหว่างวิชาชีพในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ



### เอกสารอ้างอิง

- Aston, S.J., Rheault, W., Arenson, C., Tappert, S.K., Orzoff, J., Galiski, H. and Mackintosh, S. (2012). Interprofessional education: a review and analysis of programs from three academic health centers. *Acad Med.* 2012;87:949–55
- Australian College of Nursing. (2014). Person-Centered Care: Position Statement. Retrieved April 10, 2018. [online], Available: [https://www.acn.edu.au/sites/default/files/advocacy/submissions/PS\\_Person-centered\\_Care\\_C2.pdf](https://www.acn.edu.au/sites/default/files/advocacy/submissions/PS_Person-centered_Care_C2.pdf)
- Bhatnagar, T. (2015). Palliative home care: a designer's perceptive. *Indian J. Palliat Care*, 21: 250 – 2
- Brandt, B., Lutfiyya M. N., King, J. & Chioreso, C. (2014). A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *Journal of Interprofessional Care.* 28(5), 393 – 399.
- Brashers, V., Erickson, J. M., Blackhall, L., Owen, J. A., Thomas, S. M. & Conaway, M. R. (2016). Measuring the impact of clinically relevant interprofessional education on undergraduate medical and nursing student competencies: A longitudinal mixed methods approach. *Journal of Interprofessional Care.* 30(4), 448 - 457.
- Colonio Salazar, F. B., Andiappan M., Radford, D. R. and Gallagher, J. E. (2016) Attitudes of the first cohort of student groups trained together at the University of Portsmouth Dental Academy towards dental interprofessional education. : [online], Available <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eje.12183>
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (IGRI). (2016). Situation of The Thai Elderly. Printery Co.,Ltd. Nakhon Prathom. (In Thai) [online], Available: [http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1512367202-108\\_0.pdf](http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1512367202-108_0.pdf)
- Fumaneeshoat, O. (2015). Home visit and Palliative care. *Songkla Med J.* 35 (4) 399-406. (In thai)
- Hermann, C. P., Head, B. A., Black, K., & Singleton, K. (2016). Preparing Nursing Students for Interprofessional Practice: The Interdisciplinary Curriculum for Oncology Palliative Care Education. *J Prof Nurs* 2016 Jan-Feb :32 (1) 62-67. [online, Available: <https://europepmc.org/article/MED/26802593#free-full-text>.
- National League for Nursing. (2015). Interprofessional Collaboration in Education and Practice: A Living Document from the National League for Nursing. (In Thai) [online], Available: <http://www.nln.org/docs/default-source/default-document-library/ipe-ipp-vision.pdf?sfvrsn=14>
- Putthasri, W. and Chuenkongkaew, W. (2016). IPE Toward Thai Health Team. *The Report on the 3<sup>rd</sup> Annual National Health Professional Education Reform : ANPERF 2016*. P.A. Living CO. LTD. : Bangkok (In Thai) [online], available: [http://www.healthprofessionals21thailand.org/wpcontent/uploads/2016/11/report\\_proceeding3.pdf](http://www.healthprofessionals21thailand.org/wpcontent/uploads/2016/11/report_proceeding3.pdf).



- Rotz E.M., Dueñas G.G., Grove AB, et al. (2015). Exploring first-year pharmacy and medical students' experiences during a longitudinal interprofessional education program. *Pharm Teach Learn* ;7:302–11.
- Sethasathien, S. (2015). A Model of Interprofessional Education (IPE) in Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Udonthani Hospital. *J thai Rehabil Med*, 25(2) 65-67. (In Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2018). *Conclusion Integrating the Rational Drug Use Curriculum into the Bachelor of Nursing Science Program*. Available from: [http://www.moe.go.th/moe/th/news/.php?NewsID=11195Keynews\\_research](http://www.moe.go.th/moe/th/news/.php?NewsID=11195Keynews_research). (2019, 29, Mar). (In Thai)
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* .[online], Available: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1). (2019, 29, Mar). (In Thai)



## The Predicting Factors of the Elderly Body Composition in Lampang Province

Wanida Intharacha<sup>\*</sup>, Payom Thin-uan<sup>\*</sup>, Benjaporn Saovapha<sup>\*</sup>  
Sirirat Sripattarangkul<sup>\*</sup>, Kannapatch Srithong<sup>\*</sup>

(Received August 14, 2020, Revised: November 8, 2020, Accepted: November 24, 2020, 2020)

### Abstract

The study of various factors that related to physical composition can be used to predict various aspects of the elderly's body composition and as a result can be a guideline for promoting the physical health of the elderly. This descriptive research aimed to study the body composition of the elderly and the predictors of elderly body composition. The sample consisted of elderly people aged 60 years and over. The research instruments consisted of 2 parts: part 1. questionnaires: 1) General information 2) Basic activities daily living assessment 3) Nutrition 4) Physical activity 5) Depression assessment 6) Happy Perception and part 2: body composition tool. Descriptive statistics and multiple linear regression were performed.

The results revealed that the participants had normal muscle mass (65.29%), high level of body fat mass (59.23%), high level of abdominal fat (67.22%), and mineral mass in normal value (80.72%). Predictive factors of body composition were 1) muscle mass: females, physical activity, weight, height, education and depression were able to explain 35.8% of the variation ( $R^2 = .358$ ). 2) body fat mass: female, BMI, weight and age were able to explain 87.1% of the variation ( $R^2 = .871$ ). 3) abdominal fat level: BMI, nutritional, female, physical activity and age were able to explain 69.9% of the variation ( $R^2 = .699$ ). 4) the mineral mass: female, weight, height and age were able to explain 99.2% of the variation ( $R^2 = .992$ ). Therefore, the results of this study can be used as a guideline to assess the elderly health problem for enhancing the quality of life.

**Keywords:** Elderly; Body Composition; Predicting Factors of the Elderly Body Composition

---

<sup>\*</sup> Registered Nurse, Senior Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang





## ปัจจัยทำนายองค์ประกอบของร่างกายของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

วนิดา อินทราชา\*, พะยอม ถิ่นอ่อน\*, เบญจพร เสาวภา\*  
ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร\*, กัญญณพัชญ์ ศรีทอง\*

(วันรับบทความ : 14 สิงหาคม 2563, วันแก้ไขบทความ : 8 พฤศจิกายน 2563, วันตอบรับบทความ : 24 พฤศจิกายน 2563)

### บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบทางกาย สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการทำนายองค์ประกอบของร่างกายผู้สูงอายุด้านต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบร่างกายของผู้สูงอายุและปัจจัยทำนายองค์ประกอบของร่างกายของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 3) แบบสอบถามภาวะโภชนาการ 4) แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย 5) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 6) แบบสอบถามการรับรู้ความสุข ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินองค์ประกอบของร่างกาย การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และข้อมูลจากเครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนายองค์ประกอบของร่างกายใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (Multiple Linear Regression)

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของร่างกายผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.29 มีค่ามวลกล้ามเนื้ออยู่ในเกณฑ์ปกติผู้สูงอายุ ร้อยละ 59.23 มีค่ามวลไขมันในร่างกายอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.22 มีระดับไขมันในช่องท้องในระดับมากและร้อยละ 80.72 มีค่ามวลแร่ธาตุอยู่ในค่าปกติ ปัจจัยทำนายองค์ประกอบของร่างกาย ได้แก่ 1) ปัจจัยทำนายค่ามวลกล้ามเนื้อ พบว่ามี เพศหญิง กิจกรรมทางกาย น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษาและภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมอธิบายการผันแปรค่ามวลกล้ามเนื้อได้ร้อยละ 35.8 ( $R^2=.358$ ) 2) ปัจจัยทำนายมวลไขมันในร่างกาย พบว่ามีค่าดัชนีมวลกาย เพศหญิง น้ำหนัก และอายุ สามารถร่วมอธิบายการผันแปรค่ามวลไขมันได้ร้อยละ 87.1 ( $R^2=.871$ ) 3) ปัจจัยทำนายค่าระดับไขมันในช่องท้องพบว่ามีค่าดัชนีมวลกาย ภาวะโภชนาการ เพศหญิง ค่ากิจกรรมทางกาย และอายุ สามารถร่วมอธิบายการผันแปรค่าระดับไขมันในช่องท้องได้ร้อยละ 69.9 ( $R^2=.699$ ) 4) ปัจจัยทำนายค่ามวลแร่ธาตุพบว่า น้ำหนัก เพศหญิง ส่วนสูง และอายุ สามารถอธิบายการผันแปรค่ามวลแร่ธาตุของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 99.2 ( $R^2=.992$ ) ดังนั้นจากผลการศึกษา สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีองค์ประกอบของร่างกายที่เหมาะสม และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ; องค์ประกอบของร่างกาย; ปัจจัยทำนายองค์ประกอบของร่างกาย

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง



## บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged Society) มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 เป็นต้นมา และคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 และเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2578 โดยประมาณการว่าจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (Anantakun, 2017) ในจังหวัดลำปาง พบว่าจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2556 มีผู้สูงอายุจำนวน 130,046 คน ในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2562 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 155,241 คน และ 170,029 คน เมื่อพิจารณาร้อยละของผู้สูงอายุ จากสถิติผู้สูงอายุเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2562 จังหวัดลำปาง พบ มีผู้สูงอายุร้อยละ 23.03% เมื่อจัดลำดับร้อยละของผู้สูงอายุที่มากที่สุดในประเทศไทย 5 อันดับแรก พบว่าจังหวัดลำปางจัดอยู่อันดับที่ 2 (Department of Older Persons, 2019) จังหวัดลำปางจึงเป็นจังหวัดที่จัดเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ส่งผลกระทบต่อปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การสูงอายุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน เช่น ลักษณะรูปร่างภายนอก น้ำหนัก ส่วนสูง ทำให้ง่ายต่อการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเบื้องต้น แต่การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ภายในร่างกาย ไม่สามารถเห็นได้ เช่น โครงสร้างของกระดูกและกล้ามเนื้อ ปริมาณไขมัน และแร่ธาตุต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งเป็นองค์ประกอบภายในร่างกายที่สำคัญ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะภายในร่างกายของผู้สูงอายุ จะไปในทางที่เสื่อมลง เช่น การลดลงของปริมาณของโปรตีนและมวลกระดูก แต่มีการสะสมของไขมันเพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมีมวลน้อยลงและมีเนื้อเยื่อไขมันแทรก ระหว่างเส้นใยกลางกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อยืดหดไม่ดีเหมือนเดิม ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง นอกจากนี้มีการเสื่อมของข้อต่อ มวลกระดูก และแร่ธาตุต่างๆ ในร่างกายจะส่งผลกระทบต่อหน้าที่ด้านโครงสร้างร่างกาย เช่น โครงสร้างของกระดูกทำให้มีกระดูกพรุน จากการศึกษาของ ศรีสุตา ตั้งสิริประชา และ ปริญญา เรืองทิพย์ (2559) พบว่า อายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเสี่ยงของโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน และมีการศึกษาพบว่ามวลกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์กับความหนาแน่นกระดูกบริเวณสะโพก ใน เพศหญิงก่อนหมดประจำเดือน (Lee, Lee & Song, 2016) ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและกระดูกหักง่าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวันและเกิดปัญหาด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการดำรงชีวิต ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น

องค์ประกอบต่างๆ ภายในร่างกาย สามารถบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพหรือความสมดุลของร่างกาย โดยที่การเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบร่างกายเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ รูปร่าง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว จากการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิง จะพบภาวะเปราะบางหรือมีมวลกล้ามเนื้อลดลง (Sarcopenia) แต่มีมวลไขมันเพิ่มขึ้น (Khongsri, Tongsuntud, Limampai & Kuptniratsaikul 2016) การเกิดภาวะกระดูกพรุนยังมีความสัมพันธ์กับเพศหญิงที่มีภาวะเปราะบางหรือมีมวลกล้ามเนื้อลดลง (Hong & Hwan Choi, 2016) ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุน (Tungsiripracha & Ruengetip, 2016) ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและมีน้ำหนักเกิน จะมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อน้อย มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (Kim, Ahn, Yang & Kim, 2017) การมีโรคร่วมหลายโรคหรือมากกว่า 2



โรคขึ้นไป จะพบความชุกของภาวะเปราะบางมากขึ้น (Wiriya, Piaseu, Neelapaichit & Tantiprasoplap, 2019) ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของร่างกายโดยเฉพาะมวลกล้ามเนื้อและน้ำหนักโปรตีนในร่างกายที่มีค่าลดลง (Khongsri et al. 2016) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางโภชนาการมักมีภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลง จากการที่อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง และความต้องการพลังงานน้อยลง จนทำให้เกิดความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป ส่งผลให้เกิดการสะสมของไขมันกระจายตามลำตัวมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินแต่มวลกล้ามเนื้อลดลง ส่วนผู้สูงอายุที่มีการใช้พลังงานมากแต่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ (Kaewanun, 2019) ผู้สูงอายุยังมีโอกาสขาดแร่ธาตุที่สำคัญคือแคลเซียมและฟอสฟอรัส ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของกระดูก จึงส่งผลให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (Weaver et al. 2016) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อองค์ประกอบของร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการออกกำลังกาย เช่น การฝึกกล้ามเนื้อ จะกระตุ้นกล้ามเนื้อให้ใช้ออกซิเจนอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและมีมวลกระดูกเพิ่มขึ้น (PisCiotano, Pinto & Szejnfeld, 2014) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจะทำให้การมีกิจกรรมทางกายลดลง จึงส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (Somboontanont & Thienngtham, 2018) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม จะมีผลกระทบต่อองค์ประกอบของร่างกายได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและมีภาวะซึมเศร้า (Hajjar, Nardelli, Gaudenci, & Santos, 2017) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดความสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เกิดภาวะเปราะบางและเสียชีวิตได้ (Sonsompan, 2019; Chang, Tsai-Hsuan, Wei-Ting, Kuo-Chin & Der-Sheng, 2017)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ หรือมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบร่างกายของผู้สูงอายุ แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายองค์ประกอบร่างกายของผู้สูงอายุ การศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมองค์ประกอบร่างกายของผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ให้เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบร่างกายและปัจจัยทำนายองค์ประกอบร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของร่างกายผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายองค์ประกอบของร่างกายของผู้สูงอายุ

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาองค์ประกอบของร่างกายผู้สูงอายุ และปัจจัยทำนายองค์ประกอบของร่างกายของผู้สูงอายุ 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดลำปาง 170,029 คน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ ในเขตอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดลำปาง จำนวน 13 อำเภอ 4) ด้านเวลา งานวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2563



## นิยามศัพท์

**องค์ประกอบของร่างกาย** หมายถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ภายในร่างกาย ได้แก่ มวลกล้ามเนื้อ (Muscle / Soft Lean Mass) มวลไขมันในร่างกาย (fat mass) ระดับไขมันที่เกาะอยู่ภายในช่องท้อง (visceral fat) และ มวลแร่ธาตุหรือปริมาณแร่ธาตุในกระดูก (Bone mineral content) ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้จากการตรวจวัดด้วยเครื่องมือสำหรับวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกายยี่ห้อ AccunIQ รุ่น BC 300

**ปัจจัยทำนายองค์ประกอบของร่างกาย** หมายถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ความสุขของผู้สูงอายุ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบร่างกายของผู้สูงอายุและปัจจัยทำนายองค์ประกอบของร่างกายของผู้สูงอายุ ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดลำปาง 170,029 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปในจังหวัดลำปาง โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ของ Tyro Yamane ได้ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 และขนาดความคลาดเคลื่อน  $\pm 0.05$  มีจำนวน 400 คน และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยเลือกอำเภอโดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จากอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดลำปาง จำนวน 13 อำเภอ ได้ 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอเกาะคา และ ผู้สูงอายุอำเภอวังใหม่ ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยเลือกตำบลใช้วิธีการจับฉลากเลือกแบบไม่ใส่คืน จากอำเภอละ 1 ตำบล ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละตำบล จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการในแต่ละตำบล และได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 363 ราย ดังนี้ ผู้สูงอายุอำเภอเมือง จำนวน 240 คน ผู้สูงอายุอำเภอเกาะคา จำนวน 83 คน และ ผู้สูงอายุอำเภอวังใหม่ จำนวน 40 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของร่างกาย มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ โรคประจำตัว เป็นต้น

2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ จาก Barthel ADL Index ของ Mahoney และ Barthel ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

3) แบบประเมินภาวะโภชนาการ ใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการที่พัฒนาโดยศูนย์วิจัย เนสท์เล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ (Mini Nutritional Assessment; MNA®) และแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล มีจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นการคัดกรองความเสี่ยงขาดอาหาร (Mini



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

Nutritional Assessment- Short Form; MNA® -SF) ตั้งแต่ ข้อ 1-6 (14 คะแนน) และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินภาวะโภชนาการ ตั้งแต่ข้อ 7-18 (16 คะแนน) มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

4) แบบประเมินการมีกิจกรรมทางกาย ใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามสากลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย ขององค์การอนามัยโลก (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ด้าน แต่ละด้าน แบ่งตามระดับความหนักของกิจกรรมทางกายเป็นระดับเบา ระดับปานกลาง และระดับหนัก

5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน 9Q ประกอบด้วยคำถาม เกี่ยวกับ อาการของโรคซึมเศร้า มีจำนวน 9 ข้อ ซึ่งได้จากการพัฒนาเป็นภาษากลาง โดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561) จากการทดสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง และความสอดคล้องของระดับความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบกับแบบประเมินอาการซึมเศร้าชื่อ Hamilton rating scale for depression (HRSD-17) หรือ Thai-HRSD พบว่า แบบประเมิน 9Q มีค่า Cronbach's alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.784 - 0.821 และมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.821 ค่าความสอดคล้องระหว่าง 2Q และ HRSD-17 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson เท่ากับ 0.719

6) แบบประเมินการรับรู้ความสุข เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องดัชนีชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุลำปาง ประกอบด้วยการรับรู้ความสุข 9 ด้าน มีจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินองค์ประกอบของร่างกาย เป็นเครื่องมือสำหรับวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกายยี่ห้อ AccunIQ รุ่น BC 300 ชนิด 3 คลื่นความถี่ แบบยืนและมือจับ วิเคราะห์จากการอ่านค่าจากความต้านทานของกระแสไฟฟ้าต่อเซลล์ในร่างกาย โดยใช้ข้อมูล อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ร่วมกับค่าความต้านทานกระแสไฟฟ้าที่ตรวจได้มาประเมินผลเป็นองค์ประกอบของร่างกายเช่น ระดับไขมันในร่างกาย ระดับไขมันที่เกาะตามอวัยวะต่างๆในช่องท้อง มวลกล้ามเนื้อ มวลกระดูก วิธีการวัดให้ผู้สูงอายุขึ้นไปยืนบนเครื่องวัด องค์ประกอบของร่างกายด้วยเท้าเปล่าและใช้มือจับ เครื่องจะสามารถวัดและวิเคราะห์ค่าต่างๆ โดยแสดงผลบนหน้าจอและกระดาษพิมพ์จากเครื่องพิมพ์ผล ซึ่งสามารถบันทึกข้อมูลต่างๆได้ ใช้เวลาในการวัดค่าแต่ละครั้งไม่เกิน 30 วินาที จากการศึกษาเปรียบเทียบเครื่องวัดวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกายที่นำมาใช้กับมาตรฐานสากลสำหรับการวัดวิเคราะห์น้ำหนักในร่างกายได้ค่าการวัดแสดงความแม่นยำสูงมาก (Correlation Coefficient  $R = 0.97$ ) ก่อนนำไปใช้ได้จริง ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ E2562-015 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย มีการชี้แจงสิทธิให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลเสียหาย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผย โดยคณะผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น





**การวิเคราะห์ข้อมูล** ในการวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และองค์ประกอบของร่างกาย โดยใช้สถิติพื้นฐานการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนายองค์ประกอบของร่างกายของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่าง 363 ราย เป็นเพศชาย 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.65 และเพศหญิง 259 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.35 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.24 ด้านสถานภาพการสมรส ผู้สูงอายุร้อยละ 61.71 มีสถานะเป็นคู่ หรือสมรส ทั้งนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 85.12 อาศัยอยู่กับครอบครัว และ ร้อยละ 85.40 มีความสัมพันธ์กับครอบครัวในระดับดี ด้านการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.93 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ในส่วนของรายได้ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 55.37 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย โดยมีค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือน คือ 2,000 บาท ทั้งนี้ผู้สูงอายุบางส่วนได้รับการดูแลด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันจากลูกหลาน ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.16 ใช้สิทธิผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุร้อยละ 69.97 มีปัญหาสุขภาพ หรือมีโรคประจำตัว ที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.18 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 33.46 โรคเบาหวาน ร้อยละ 19.69 เป็นต้น

ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL) จากกลุ่มผู้สูงอายุ 363 ราย พบว่าเกือบทั้งหมดมีค่า ADL มากกว่า 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 99.72 ซึ่งหมายถึงสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้ดูแล มีเพียง 1 ราย หรือร้อยละ 0.28 เท่านั้น ที่มีคะแนน ADL น้อยกว่า 12 คะแนน

โภชนาการ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ คิดเป็นร้อยละ 81.27 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการมีร้อยละ 18.18 และผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการมีร้อยละ 0.55

การมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ มีค่ากิจกรรมทางกายรวมเฉลี่ยที่  $3.79 \pm 2.71$  MET ซึ่งจุดตัดเกณฑ์ผ่านกิจกรรมทางกายในภาพรวมอยู่ที่ 3 MET มีผู้สูงอายุร้อยละ 45.45 ที่ผ่านเกณฑ์ เมื่อแยกพิจารณาแต่ละด้าน พบว่าด้านที่มีผู้ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 50 คือ การออกกำลังกายปานกลาง การออกกำลังกายต้องแรง การทำงานที่ใช้แรง ร้อยละ 83.75, 91.18 และ 74.66 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีผู้ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุดคือ การทำงานบ้านระดับเบา ร้อยละ 34.16

ความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุมีความสุขในระดับมาก คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยรวม  $3.96 \pm 0.61$  คะแนน โดยร้อยละ 50.14 มีความสุขในระดับมาก ร้อยละ 27.27 มีความสุขในระดับปานกลาง และร้อยละ 22.31 มีความสุขในระดับมากที่สุด

ภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 93.11 มีสภาวะจิตใจปกติ ไม่พบภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อยจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.06 ระดับปานกลาง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.55 และระดับรุนแรง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.28 โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง



### ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกาย

ตารางที่ 1 แสดงค่าร้อยละองค์ประกอบร่างกายของผู้สูงอายุ (n=363)

| ค่าองค์ประกอบร่างกาย        | รวม 363 คน |        | ชาย (104) |        | หญิง (259) |        |
|-----------------------------|------------|--------|-----------|--------|------------|--------|
|                             | จำนวน      | ร้อยละ | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน      | ร้อยละ |
| <b>ค่าดัชนีมวลกาย</b>       |            |        |           |        |            |        |
| <18.5 kg/m <sup>2</sup>     | 36         | 9.92   | 12        | 11.54  | 24         | 9.27   |
| 18.5-22.9 kg/m <sup>2</sup> | 151        | 41.60  | 46        | 44.23  | 105        | 40.54  |
| 23.0-24.9 kg/m <sup>2</sup> | 72         | 19.83  | 19        | 18.27  | 53         | 20.46  |
| 25.0-29.9 kg/m <sup>2</sup> | 94         | 25.90  | 26        | 25.00  | 68         | 26.25  |
| 30.0-34.9 kg/m <sup>2</sup> | 7          | 1.93   | 1         | 0.96   | 6          | 2.32   |
| 35.0-39.9 kg/m <sup>2</sup> | 2          | 0.55   | 0         | 0.00   | 2          | 0.77   |
| >40 kg/m <sup>2</sup>       | 1          | 0.28   | 0         | 0.00   | 1          | 0.39   |
| <b>มวลกล้ามเนื้อ</b>        |            |        |           |        |            |        |
| น้อย                        | 93         | 25.62  | 8         | 7.69   | 85         | 32.82  |
| ปกติ                        | 237        | 65.29  | 79        | 75.96  | 158        | 61.00  |
| มาก                         | 33         | 9.09   | 17        | 16.35  | 16         | 6.18   |
| <b>มวลไขมัน</b>             |            |        |           |        |            |        |
| น้อย                        | 73         | 20.11  | 47        | 45.19  | 26         | 10.04  |
| ปกติ                        | 77         | 21.21  | 18        | 17.31  | 59         | 22.78  |
| มาก                         | 213        | 58.68  | 39        | 37.50  | 174        | 67.18  |
| <b>ระดับไขมันในช่องท้อง</b> |            |        |           |        |            |        |
| น้อย                        | 72         | 19.83  | 26        | 25.00  | 46         | 17.76  |
| ปกติ                        | 47         | 12.95  | 17        | 16.35  | 30         | 11.58  |
| มาก                         | 244        | 67.22  | 61        | 58.65  | 183        | 70.66  |
| <b>มวลแร่ธาตุ</b>           |            |        |           |        |            |        |
| น้อย                        | 62         | 17.08  | 53        | 50.96  | 9          | 3.47   |
| ปกติ                        | 293        | 80.72  | 47        | 45.19  | 246        | 94.98  |
| มาก                         | 8          | 2.20   | 4         | 3.85   | 4          | 1.54   |

จากตารางที่ 1 พบว่าองค์ประกอบร่างกายของผู้สูงอายุมีค่าดังต่อไปนี้

ค่าดัชนีมวลกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ หรือมากกว่า 23.0 kg/m<sup>2</sup> ขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 48.49 (19.83+25.90+1.93+0.55+0.28=48.49 และขอใช้เกณฑ์ของกรมอนามัย เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งกำหนดให้ 18.5-22.9= ปกติ, 23.0-24.9 = น้ำหนักเกิน, 25.0-29.9 =อ้วนระดับ 1)



รองลงมา มีค่าดัชนีมวลกายปกติ คือ 18.5-22.9 kg/m<sup>2</sup> คิดเป็นร้อยละ 41.60 มี และมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ คือ น้อยกว่า 18.5 kg/m<sup>2</sup> ร้อยละ 9.92

มวลกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุร้อยละ 65.29 มีมวลกล้ามเนื้ออยู่ในเกณฑ์ปกติ รองลงมาอยู่ในเกณฑ์มวลกล้ามเนื้อน้อย คิดเป็นร้อยละ 25.62 และร้อยละ 9.09 มีมวลกล้ามเนื้ออยู่ในเกณฑ์มาก

มวลไขมันในร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 58.68 มีค่ามวลไขมันอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 21.21 มีค่ามวลไขมันในระดับปกติ และร้อยละ 20.11 มีค่ามวลไขมันระดับน้อย

ระดับไขมันในช่องท้อง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.22 มีระดับไขมันในช่องท้องในระดับมาก รองลงมาคือระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 19.83 และระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 12.95

มวลแร่ธาตุในร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 80.72 มีค่ามวลแร่ธาตุอยู่ในค่าปกติ รองลงมา มีมวลแร่ธาตุในระดับน้อย ร้อยละ 17.08 และ มีค่ามวลแร่ธาตุในระดับมาก เพียงร้อยละ 2.20

### ผลการวิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายองค์ประกอบของร่างกายผู้สูงอายุ

#### ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยร่วมทำนายองค์ประกอบของร่างกายผู้สูงอายุ

| ตัวแปร                       | b                    | Beta      | t-value       | p-value |
|------------------------------|----------------------|-----------|---------------|---------|
| <b>มวลกล้ามเนื้อ</b>         |                      |           |               |         |
| เพศหญิง                      | -5.864               | -0.312    | -5.844        | <.001   |
| กิจกรรมทางกาย                | 0.659                | 0.211     | 4.862         | <.001   |
| น้ำหนัก                      | 0.14                 | 0.164     | 3.431         | <.001   |
| ส่วนสูง                      | 0.22                 | 0.181     | 3.134         | .002    |
| การศึกษาระดับมัธยมปลายขึ้นไป | -2.595               | -0.099    | -2.295        | .022    |
| คะแนนภาวะซึมเศร้า            | -0.304               | -0.095    | -2.159        | .032    |
| Constant                     | -7.107               |           | -0.637        | .524    |
| R=0.598                      | R <sup>2</sup> =.358 | F=32.584  | P-value <.001 |         |
| <b>มวลไขมัน</b>              |                      |           |               |         |
| ค่าดัชนีมวลกาย               | 1.095                | 0.552     | 12.094        | <.001   |
| เพศหญิง                      | 7.158                | 0.428     | 18.098        | <.001   |
| น้ำหนัก                      | 0.225                | 0.297     | 6.276         | <.001   |
| อายุ                         | -0.046               | -0.046    | -2.282        | .023    |
| Constant                     | -23.99               |           | -12.827       | <.001   |
| R=0.933                      | R <sup>2</sup> =.871 | F=596.457 | P-value <     | .001    |



**ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยร่วมทำนายองค์ประกอบของร่างกายผู้สูงอายุ (ต่อ)**

| ตัวแปร            | b                    | Beta       | t-value       | p-value |
|-------------------|----------------------|------------|---------------|---------|
| <b>ระดับไขมัน</b> |                      |            |               |         |
| ค่าดัชนีมวลกาย    | 0.922                | 0.732      | 21.101        | <.001   |
| ภาวะโภชนาการ      | 0.236                | 0.136      | 3.93          | <.001   |
| เพศหญิง           | 0.744                | 0.07       | 2.372         | .018    |
| กิจกรรมทางกาย     | -0.132               | -0.075     | -2.441        | .015    |
| อายุ              | -0.04                | -0.063     | -2.048        | .041    |
| Constant          | -14.346              |            | -6.846        | <.001   |
| R=0.836           | R <sup>2</sup> =.699 | F=163.120  | P-value <.001 |         |
| <b>มวลแร่ธาตุ</b> |                      |            |               |         |
| น้ำหนัก           | 0.053                | 0.97       | 180.364       | <.001   |
| เพศหญิง           | -0.063               | -0.052     | -8.841        | <.001   |
| ส่วนสูง           | 0.003                | 0.035      | 5.468         | <.001   |
| อายุ              | 0.001                | 0.01       | 2.053         | .041    |
| Constant          | -0.226               |            | -2.735        | .007    |
| R=0.996           | R <sup>2</sup> =.992 | F=1134.364 | P-value <.001 |         |

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยร่วมทำนายองค์ประกอบของร่างกายผู้สูงอายุ มีดังนี้

ปัจจัยร่วมทำนายมวลกล้ามเนื้อได้แก่ เพศหญิง กิจกรรมทางกาย น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษาและภาวะซึมเศร้า สามารถอธิบายการผันแปรค่ามวลกล้ามเนื้อได้ร้อยละ 35.8 ( $R^2=.358$ ) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้ (ค่ามวลกล้ามเนื้อ) =  $-7.107 - 5.864(\text{เพศหญิง}) + 0.659(\text{กิจกรรมทางกาย} + 0.14(\text{น้ำหนัก}) + 0.22(\text{ส่วนสูง}) - 2.595(\text{ระดับการศึกษา}) - 0.304(\text{ภาวะซึมเศร้า})$  แสดงว่า เพศหญิง กิจกรรมทางกาย น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษาและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยร่วมทำนายมวลกล้ามเนื้อได้ แต่มีค่าความสัมพันธ์ไม่สูง แต่มีปัจจัยบางตัวที่สามารถอธิบายการผันแปรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศหญิง การมีกิจกรรมทางกาย และน้ำหนัก โดยพบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่ามวลกล้ามเนื้อ

ปัจจัยร่วมทำนายมวลไขมันได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เพศหญิง น้ำหนัก และอายุ สามารถอธิบายการผันแปรค่ามวลไขมันได้ร้อยละ 87.1 ( $R^2=.871$ ) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้ (ค่ามวลไขมัน) =  $-23.99 + 1.095(\text{ค่าดัชนีมวลกาย}) + 7.158(\text{เพศหญิง}) + 0.225(\text{น้ำหนัก}) - 0.046(\text{อายุ})$  ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ค่าดัชนีมวลกาย เพศหญิง น้ำหนัก และอายุ เป็นปัจจัยร่วมทำนาย ที่สามารถอธิบายการผันแปรค่ามวลไขมันได้ในระดับสูง แต่มีปัจจัยบางตัวที่สามารถอธิบายการผันแปรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศหญิง และน้ำหนัก โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับมวลไขมัน



ปัจจัยร่วมทำนายระดับไขมันในช่องท้อง ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ภาวะโภชนาการ เพศหญิง ค่ากิจกรรมทางกายและอายุ สามารถอธิบายการผันแปรค่าระดับไขมันในช่องท้องได้ร้อยละ 69.9 ( $R^2=0.699$ ) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้ (ค่าระดับไขมันในช่องท้อง) =  $-14.346 + 0.922$  (ค่าดัชนีมวลกาย) +  $0.236$  (ภาวะโภชนาการ) +  $0.744$  (เพศหญิง) -  $0.132$  (ค่ากิจกรรมทางกาย) -  $0.04$  (อายุ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ค่าดัชนีมวลกาย ภาวะโภชนาการ เพศหญิง ค่ากิจกรรมทางกาย และอายุ เป็นปัจจัยร่วมทำนาย สามารถอธิบายการผันแปรค่าระดับไขมันในช่องท้องได้ในระดับค่อนข้างสูง แต่มีตัวแปร **ดัชนีมวลกาย และภาวะโภชนาการ** เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับไขมันในช่องท้อง

ปัจจัยร่วมทำนายมวลแร่ธาตุ ได้แก่ ค่าน้ำหนัก เพศหญิง ส่วนสูง และอายุ สามารถอธิบายการผันแปรค่ามวลแร่ธาตุของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 99.2 ( $R^2= .992$ ) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้ (ค่ามวลแร่ธาตุ) =  $-0.226 + 0.053$  (น้ำหนัก) -  $0.063$  (เพศหญิง) +  $0.003$  (ส่วนสูง) +  $0.001$  (อายุ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ค่าน้ำหนัก เพศหญิง ส่วนสูง และอายุ เป็นปัจจัยร่วมทำนาย สามารถอธิบายการผันแปรค่ามวลแร่ธาตุได้ในระดับสูง แต่มีปัจจัยบางตัวเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ **เพศหญิง น้ำหนัก และส่วนสูง** โดยมีตัวแปร น้ำหนัก และส่วนสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับมวลแร่ธาตุในร่างกาย ส่วนเพศหญิงเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับมวลแร่ธาตุ

### อภิปรายผล

**1.องค์ประกอบร่างกายของผู้สูงอายุ** ผลการศึกษาองค์ประกอบของร่างกายที่ใช้เครื่องวิเคราะห์ค่าองค์ประกอบของร่างกาย มีดังต่อไปนี้

**มวลกล้ามเนื้อ** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีน้ำหนักกล้ามเนื้ออยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 65.29 โดยที่เพศชาย จะมีมวลกล้ามเนื้อที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 75.96 มากกว่าเพศหญิง ซึ่งมีเพียงร้อยละ 61.00 และมีปริมาณโปรตีนเฉลี่ยของเพศชายอยู่ที่  $9.9 \pm 1.2$  kg ซึ่งเมื่อคิดเป็นค่าร้อยละของโปรตีนในร่างกายแล้วอยู่ในค่ามาตรฐาน ส่วนเพศหญิงค่าร้อยละโปรตีนในร่างกายน้อยกว่ามาตรฐาน โดยมีปริมาณโปรตีนเฉลี่ยที่  $6.9 \pm 0.9$  kg ทำให้เพศหญิงมีมวลกล้ามเนื้อน้อยกว่าหรือต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 32.82 การที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีมวลกล้ามเนื้ออยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเฉพาะในเพศชาย อาจเนื่องมาจากการเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 51.24 และมีกิจกรรมทางกายในระดับที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 45.45 และมีภาวะโภชนาการที่ปกติ ร้อยละ 81.27 ทำให้กล้ามเนื้อยังมีความแข็งแรง แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ขาดการมีกิจกรรมทางกาย และมีภาวะทุพโภชนาการจะทำให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย จากการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ที่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ เช่น การผ่อและตายของเซลล์ประสาทสั่งการ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และกระบวนการอักเสบของร่างกายเนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง เมื่ออายุมากขึ้นมวลกล้ามเนื้อจะค่อยๆลดลง โดยบุคคลเมื่ออายุ 50 ปี มวลกล้ามเนื้อจะเริ่มลดลง ร้อยละ 1-2 ต่อปี และเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป มวลกล้ามเนื้อจะลดลงถึงร้อยละ 3 ต่อปี (Limpawattana, Kotruchin & Pongchaiyakul, 2015) ดังนั้นความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยจึงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จากผลการศึกษาพบผู้สูงอายุที่มีมวลกล้ามเนื้อต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 25.62 และมีค่าร้อยละของโปรตีนในร่างกาย ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 59.23 แสดงผู้สูงอายุในกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เดชาพรมงคล (2561) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยคิดเป็นร้อยละ 9.6 โดยอัตราการเกิด





พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบในผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลายมากกว่าในผู้สูงอายุตอนต้น เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Kongateyai, Onkampa, Wongsrithep & Kuptniratsaikul, 2018) เมื่อกล้ามเนื้อขาดความแข็งแรงจะส่งผลให้มีข้อจำกัดทางกายภาพต่างๆซึ่งจะนำไปสู่ภาวะเปราะบาง (frailty) ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีกด้วย

**มวลไขมันและระดับไขมันในช่องท้อง** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีค่ามวลไขมันและระดับไขมันในช่องท้องอยู่ในระดับมากหรือเกินเกณฑ์ ร้อยละ 58.68 และ 67.22 ตามลำดับ และมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 48.49 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ จากการมีไขมันสะสมในร่างกาย ในเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภทรสิริ พจมานพงศ์ (2562) พบว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกายของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ จะมีเปอร์เซ็นต์ไขมันเฉลี่ย 38.79 (SD = 4.40) ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าเพศชายที่มีเปอร์เซ็นต์ไขมันเฉลี่ย 29.42 (SD = 3.36) แต่ในเพศชายมีระดับไขมันที่เกาะตามอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เฉลี่ย 16 (S.D = 4.00) ซึ่งมากกว่าเพศหญิง เฉลี่ย 9.45 (S.D = 1.59) เพศชายจึงมีโอกาสเกิดภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าเพศหญิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษารั้วนี้ที่พบว่า ระดับไขมันในช่องท้องในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมี ค่าระดับไขมันในช่องท้อง มากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 70.66 ส่วนในเพศชาย มีร้อยละ 58.65 ซึ่งเพศชายมีร้อยละของไขมันในร่างกายอยู่ในมาตรฐาน คือ 17.5% (มาตรฐาน 15-20%) ส่วนเพศหญิงมีร้อยละของไขมันสูงกว่ามาตรฐาน คือ 32.7% (มาตรฐาน 20-30%) ซึ่งผลการศึกษารั้วนี้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุเพศหญิงที่พบว่า เมื่ออายุมากขึ้น น้ำหนักตัวจะมีค่าคงที่ เนื่องจากมีสัดส่วนของกล้ามเนื้อลดลง (lean body mass) และสัดส่วนของไขมันเพิ่มขึ้น ส่วนภาวะอ้วนลงพุง หรือมีไขมันสะสมในช่องท้องเพิ่มขึ้น ในเพศหญิงเกิดจากการลดลงของ เอสโตรเจน(Estrogen) ทำให้สตรีวัยหมดระดูมีปัญหาอ้วนลงพุงและมีน้ำหนักตัวมากขึ้น นอกจากนี้การมีกิจกรรมทางกายลดลง ทำให้มีการสะสมของไขมันในร่างกายเพิ่มมากขึ้น (Wimolphan & Pitchalard, 2016)

**มวลแร่ธาตุ** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่ามวลแร่ธาตุอยู่ในค่าปกติ ร้อยละ 80.72 และผู้สูงอายุส่วนน้อยมีค่าร้อยละของมวลแร่ธาตุในระดับน้อย ร้อยละ 17.08 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ภาวะโภชนาการที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นและมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 81.27 แสดงว่าผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่เพียงพอ โดยเฉพาะ แคลเซียม สังกะสี ฟอสฟอรัส และเหล็ก ซึ่งเป็นแร่ธาตุที่สำคัญในร่างกาย โดยเฉพาะ แคลเซียมเป็นแร่ธาตุสำคัญที่เป็นองค์ประกอบของกระดูกเพิ่มความหนาแน่นให้กระดูก ทำให้กระดูกมีความแข็งแรง (Tomastu et al. 2016) ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียม ประมาณ 1,000-1,500 มิลลิกรัม/วัน หากร่างกายได้รับแคลเซียมไม่เพียงพอร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ และมีน้ำหนักน้อย จะทำให้มีการดึงแคลเซียมที่สะสมอยู่ในกระดูกออกมาใช้ ทำให้ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง และมีโอกาสที่จะเกิดโรคกระดูกพรุน (Taeongsorat, 2014) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุทำให้ได้รับความรู้เรื่องการได้รับประทานอาหาร และมีรายได้ที่เพียงพอจึงทำให้สามารถรับประทานอาหารที่ช่วยเสริมสร้างมวลกระดูกได้อย่างเพียงพอนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงส่งผลให้กระบวนการเสริมสร้างมวลกระดูกเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการออกกำลังกายเป็นหนึ่งวิธีป้องกันกระดูกพรุนและกระดูกหักที่ได้ผลดี เพราะการออกกำลังกายสามารถเพิ่มมวลกระดูก และความแข็งแรงของกระดูก โดยเฉพาะการ



ออกกำลังกายชนิดที่มีการแบกรับน้ำหนัก(weight bearing exercise) (Weaver et al. 2016) ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายเป็นประจำ จะกระตุ้นให้เกิดการสร้างกระดูกและมีการสูญเสียมวลกระดูกลดลง

## 2. ปัจจัยทำนายองค์ประกอบร่างกายของผู้สูงอายุ

**มวลกล้ามเนื้อ** จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีน้ำหนักกล้ามเนื้ออยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 65.29 โดยที่เพศชายจะมีมวลกล้ามเนื้อที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 75.96 มากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 61.00 และผลการศึกษาพบว่าปัจจัยร่วมทำนายมวลกล้ามเนื้อได้แก่ เพศหญิง กิจกรรมทางกาย น้ำหนัก ส่วนสูง การศึกษาระดับมัธยมปลายขึ้นไป และ ภาวะซึมเศร้า สามารถอธิบายการผันแปรค่ามวลกล้ามเนื้อได้ร้อยละ 35.8 ( $R^2 = .358$ ) และจากสมการ (ค่ามวลกล้ามเนื้อ =  $-7.107 - 5.864$  (เพศหญิง) +  $0.659$  (กิจกรรมทางกาย +  $0.14$  (น้ำหนัก) +  $0.22$  (ส่วนสูง) -  $2.595$  (ระดับการศึกษามัธยมปลาย) -  $0.304$  (ภาวะซึมเศร้า) แสดงว่าตัวแปรดังกล่าวเป็นปัจจัยร่วมทำนายมวลกล้ามเนื้อได้ แต่มีค่าความสัมพันธ์ไม่สูง และมีปัจจัยบางตัวที่สามารถอธิบายการผันแปรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศหญิง การมีกิจกรรมทางกาย และน้ำหนัก โดยพบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่ามวลกล้ามเนื้อ หมายถึง การเป็นเพศหญิงจะมีความสัมพันธ์กับค่ามวลกล้ามเนื้อที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เดชา พรหมกลาง (2561) พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) คิดเป็นร้อยละ 9.6 โดยอัตราการเกิดพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนที่แตกต่างกัน ในเพศหญิงเมื่อระดับฮอร์โมนลดลงจะทำให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้ ส่วนการมีกิจกรรมทางกาย และน้ำหนัก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่ามวลกล้ามเนื้อ หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายและมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับค่ามวลกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น การมีกิจกรรมทางกายเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อมวลกล้ามเนื้อ ซึ่งจะส่งผลให้กล้ามเนื้อมีขนาดและความแข็งแรงเพิ่มขึ้น Liangruenrom et al. 2017) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การมีกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (PisCiotano, Pinto & Szejnfel, 2014) และการศึกษาครั้งนี้พบว่าการมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับค่ามวลกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น แต่มีบางการศึกษาพบว่าค่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและสามารถพบภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในคนอ้วนได้(sarcopenic obesity) เนื่องจากมีมวลกล้ามเนื้อน้อยแต่มวลไขมันมาก (Khongsri, Tongsuntud, Limampai & Kuptniratsaikul, 2016) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านการศึกษา และ ภาวะซึมเศร้า เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถอธิบายการผันแปรของมวลกล้ามเนื้อ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีปัญหาสุขภาพและการเคลื่อนไหว จึงส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) (Chang, Tsai-Hsuan, Wei-Ting, Kuo-Chin & Der-Sheng, 2017) นอกจากนี้การมีอายุมากขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งจะมีค่าลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 35 เมื่ออายุ 70ปี และร้อยละ 55 เมื่ออายุ 80ปี (Chen, Lee, Peng, Liu, Arai & Akishita, 2016) จากผลการศึกษาพบผู้สูงอายุที่มีมวลกล้ามเนื้อต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 25.62 และมีค่าร้อยละของโปรตีนในร่างกาย ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 59.23 แต่จากผลการวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยด้านอายุ ไม่สามารถเป็นปัจจัยร่วมทำนายมวลกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างนี้ได้ อาจเนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ทำให้มีความแปรปรวนค่อนข้างน้อยในการทำนายมวลกล้ามเนื้อ

**มวลไขมัน** จากการวิเคราะห์มวลไขมันในร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าอยู่ในระดับมากหรือเกินเกณฑ์ร้อยละ 58.68 และพบว่า ปัจจัยร่วมทำนาย ได้แก่ เพศหญิง ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนัก และ อายุ สามารถอธิบายการ



ผันแปรค่ามวลไขมันได้ร้อยละ 87.1 ( $R^2=.871$ ) และจากสมการ(ค่ามวลไขมัน) =  $-23.99 + 1.095(\text{ค่าดัชนีมวลกาย}) + 7.158(\text{เพศหญิง}) + 0.225(\text{น้ำหนัก}) - 0.046(\text{อายุ})$  ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยร่วมทำนาย สามารถอธิบายการผันแปรค่ามวลไขมันได้ในระดับสูง แต่มีปัจจัยบางตัวที่สามารถอธิบายการผันแปรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง ดัชนีมวลกาย และน้ำหนัก โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับมวลไขมัน ซึ่งหมายความว่า การเป็นเพศหญิง การมีดัชนีมวลกายและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับมวลไขมันที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์ไขมันเฉลี่ย 38.79 (SD = 4.40) และปริมาณน้ำหนักไขมันในร่างกาย (fat mass) 25.23 (S.D = 6.71) ซึ่งมากกว่าเพศชายที่มีเปอร์เซ็นต์ไขมันเฉลี่ย และมีปริมาณน้ำหนักไขมันในร่างกาย เท่ากับ 20.54 (S.D = 2.74) และ 29.42 (SD = 3.36) ตามลำดับ (Potjamanpong, 2019) จากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษารังนี้แสดงว่าการเป็นเพศหญิง ค่าดัชนีมวลกาย โดยเฉพาะน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้มวลไขมันมีค่าเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของการสูงอายุ ทำให้มีการสะสมของไขมันในร่างกายมากขึ้นและมีอัตราการเผาผลาญอาหารลดลง ส่งผลให้ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่วนตัวแปร ด้านอายุ เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรของมวลไขมันได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการมีอายุมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับมวลไขมันที่เพิ่มขึ้น (Liang , Chen , Li , Yan & Yifeng, 2018) อาจเนื่องจากการศึกษารังนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ทำให้มีความแปรปรวนค่อนข้างน้อยในการทำนายมวลไขมัน

**ระดับไขมันในช่องท้อง** จากการวิเคราะห์ระดับไขมันในช่องท้องของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าอยู่ในระดับมากหรือเกินเกณฑ์ ร้อยละ 67.22 และพบว่า ปัจจัยร่วมทำนาย ค่าดัชนีมวลกาย เพศหญิง ภาวะโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และ อายุ สามารถอธิบายการผันแปรค่าระดับไขมันในช่องท้องได้ร้อยละ 69.9 ( $R^2=.699$ ) และ จากสมการ (ค่าระดับไขมันในช่องท้อง) =  $-14.346 + 0.922(\text{ค่าดัชนีมวลกาย}) + 0.236(\text{ภาวะโภชนาการ}) + 0.744(\text{เพศหญิง}) - 0.132(\text{ค่ากิจกรรมทางกาย}) - 0.04(\text{อายุ})$  ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยร่วมทำนาย สามารถอธิบายการผันแปรค่ามวลไขมันได้ในระดับค่อนข้างสูง โดยมี ดัชนีมวลกาย และภาวะโภชนาการ เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ระดับไขมันในช่องท้อง ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น และมีภาวะโภชนาการเกิน จะสัมพันธ์กับการมีระดับไขมันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ หรือมากกว่า  $23.0 \text{ kg/m}^2$  ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 48.49 และมีระดับไขมันในช่องท้องเกินเกณฑ์ ร้อยละ 67.22 แสดงว่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากการสะสมของไขมันในช่องท้อง มากกว่าการเพิ่มของมวลกล้ามเนื้อ จึงสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในช่องท้อง (Ranasinghe, Gamage, Katulanda, Andraweera, Thilakarathne & Tharanga, 2013) ส่วนปัจจัยด้านการเป็นเพศหญิง กิจกรรมทางกาย และ อายุ เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ จากการศึกษาของอารณ์ ดินาน และ จริยา ทรัพย์เรือง (2559) พบว่า ภาวะอ้วนลงพุงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ปัจจัยทำนายร้อยละของไขมันในร่างกายคือการควบคุมน้ำหนัก อย่างไรก็ตามจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุในเพศหญิง จะมีการลดลงของเอสโตรเจนทำให้สัดส่วนของกล้ามเนื้อลดลงแต่สัดส่วนของไขมันเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะไขมันในช่องท้อง ทำให้สตรีวัยหมดระดูมีปัญหาอ้วนลงพุง และจากความต้องการในการใช้พลังงานลดลง โดยมีการลดลงประมาณ 10% ของความต้องการพลังงาน เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป (Topothai et al. 2015) ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายที่ลดลงจะทำให้ระดับไขมันในช่องท้องเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ ฐิตกร โตะโนะโพธิ์และคณะ



(Topothai et al. 2015) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ และผู้หญิง เป็นกลุ่มที่ใช้พลังงานน้อยมากในการทำกิจกรรมทางกาย แต่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุตอนต้น เป็นเพศหญิง และยังคงมีกิจกรรมทางกายที่ผ่านเกณฑ์ปกติหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ดังนั้น เพศหญิง กิจกรรมทางกาย และ อายุ เป็นตัวแปร ที่มีความแปรปรวนค่อนข้างน้อยในการทำนายระดับไขมันในช่องท้อง

**มวลแร่ธาตุ** จากการวิเคราะห์มวลแร่ธาตุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 80.72 และมีปัจจัยร่วมทำนาย ได้แก่ เพศหญิง น้ำหนัก ส่วนสูง และ อายุ สามารถอธิบายการผันแปรค่ามวลแร่ธาตุได้ร้อยละ 99.2 ( $R^2 = .992$ ) และจากสมการ (ค่ามวลแร่ธาตุ) =  $-0.226 + 0.053(\text{น้ำหนัก}) - 0.063(\text{เพศหญิง}) + 0.003(\text{ส่วนสูง}) + 0.001(\text{อายุ})$  ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยร่วมทำนาย สามารถอธิบายการผันแปรค่ามวลแร่ธาตุได้ในระดับสูง โดยมี เพศหญิง น้ำหนัก และส่วนสูง เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีตัวแปร น้ำหนัก และส่วนสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับมวลแร่ธาตุในร่างกาย ส่วนเพศหญิงเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับมวลแร่ธาตุ จากการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อมวลกระดูกในร่างกาย (Kim, Kim, Choi, Lim, Moon, Kim, et al. 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้หญิงวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีสุขภาพสมบูรณ์ และมีน้ำหนักตัวน้อย พบว่ามีค่ามวลกระดูกต่ำ (Moon, 2014) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีรูปร่างเล็ก และมีน้ำหนักน้อย จะมีมวลกระดูกลดลงแต่จากการศึกษาในผู้สูงอายุเพศหญิงหลังหมดประจำเดือนแล้วแต่น้ำหนักเพิ่มขึ้นจากการสะสมของไขมัน พบว่ามีความหนาแน่นของกระดูกมากกว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักน้อย เนื่องจากการสังเคราะห์ฮอร์โมนเอสโตรเจนจากเนื้อเยื่อไขมัน(Extra gonadal estrogen) เพื่อเสริมสร้างมวลกระดูก (Hong & Hwan Choi, 2016) จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาภาวะกระดูกพรุน พบว่าร่างกายจะมีการสะสมแคลเซียมเข้าในกระดูกเพื่อให้มวลกระดูกหนาแน่นขึ้นโดยจะมีความหนาแน่นสูงสุดที่อายุประมาณ 30 ปี และมวลกระดูกจะลดลงเรื่อยๆทุกปี จนกระทั่งวัยหมดประจำเดือนในผู้หญิงจะมีการลดลงของมวลกระดูกอย่างรวดเร็ว เนื่องจากในกระบวนการชราภาพของผู้สูงอายุ จะมีการกระบวนการสลายมวลกระดูกมากกว่าการสร้างมวลกระดูก และการดูดซึมแคลเซียมลดลง (Taepongsorat, 2014) ปัจจัยด้านอายุจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับมวลกระดูก และจากการศึกษาของ ศรีสุตา ตั้งสิริประชา และ ปริญญา เรืองทิพย์ (2562) พบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน แต่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุตอนต้น ดังนั้นตัวแปรด้านอายุ จึงเป็นตัวแปร ที่มีความแปรปรวนค่อนข้างน้อยในการทำนายระดับไขมันในช่องท้อง

สำหรับปัจจัยอื่นที่ไม่สามารถทำนายองค์ประกอบของร่างกายผู้สูงอายุได้ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการรับรู้ความสุข อาจเนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีความแปรปรวนค่อนข้างน้อยในการทำนายองค์ประกอบของร่างกาย โดยเฉพาะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับพึ่งพาตนเองได้ แต่มีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำ จะเริ่มมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อนลดลงมีจำนวนร้อยละ 1.3 (Somboontanont & Thiengtham, 2018) การมีโรคประจำตัว หรือมีโรคเรื้อรังร่วม ทำให้เกิด ปัญหาทางเมตาบอลิกที่ซับซ้อน ส่งผลให้มีการสูญเสีย มวลกล้ามเนื้อ และกระดูกได้ และมีการศึกษาพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยใน ผู้สูงอายุ(Chen, Lee , Peng , Liu , Arai , Akishita, 2016) ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะอ้วนจะมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อ





น้อยได้ (Kim,Ahn,Yang & Kim, 2017) การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ความสุขในระดับมากทำให้ไม่สามารถใช้เป็นปัจจัยทำนายองค์ประกอบต่างๆ ของร่างกายของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ได้

### สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยสำคัญที่สามารถเป็นปัจจัยร่วมทำนายองค์ประกอบของร่างกายผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศหญิง เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายมวลกล้ามเนื้อ มวลไขมันและมวลแร่ธาตุได้ ดัชนีมวลกายและน้ำหนัก เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนาย มวลไขมันและระดับไขมันในช่องท้อง การมีกิจกรรมทางกายและน้ำหนักเป็น ปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายมวลกล้ามเนื้อ ภาวะโภชนาการและดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนาย ระดับไขมันในช่องท้อง น้ำหนักและส่วนสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายมวลแร่ธาตุ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุและการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ สามารถนำความรู้ที่ได้ ไปใช้ในแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยการ จัดกิจกรรมที่คำนึงถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อองค์ประกอบของร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การ ปรับเปลี่ยนการรับรู้ทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเพศหญิง ควรได้รับการส่งเสริมองค์ประกอบของร่างกายให้เหมาะสม ทั้ง มวลกล้ามเนื้อ มวลไขมัน และมวลแร่ธาตุ โดยมีแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตามปัจจัยที่มีความสำคัญต่อองค์ประกอบร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการมีกิจกรรมทาง กายทั้งในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ การ ส่งเสริมด้านโภชนาการ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และการควบคุมน้ำหนัก ให้มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ ที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดระดับไขมันในช่องท้องและเพิ่มมวลแร่ธาตุในร่างกาย ดังนั้นผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถ นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีองค์ประกอบของร่างกายที่เหมาะสมและ ป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- Anantakun, A. (2017). Aging society...Challenge Thailand. (Online). Retrieved January 29, 2019, from [www.royin.go.th/wp-content/uploads/2017/12/Aging\\_society.pdf](http://www.royin.go.th/wp-content/uploads/2017/12/Aging_society.pdf).
- Chen, L.K., Lee, W.J., Peng, L.N., Liu, L.K., Arai, H. & Akishita, M.(2016). Recent Advances in Sarcopenia. *JAMD*.17(76),1-7.
- Chang, K.E-V, Tsai-Hsuan., Wei-Ting, W.U., Kuo-Chin, H. & Der-Sheng, H. (2017). Is sarcopenia associated with depression?A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Age and Ageing* ; 46: 738–746
- Denan, A., & Subruang, J.(2016).Prediction of Factors of Body Fat of Metabolic Syndrome Persons. *Journal of Humanities and Social Sciences*. 7(2), 10-15.
- Department of Older Persons. (2019). Elderly statistics.[Online], Available: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>.(2019, 29,June).(in Thai).
- Hajjar. R., Nardelli, G.G., Gaudenci, E.M. & Santos, A.S. (2017). Depressive symptoms and associated factors in elderly people in the Primary Health Care. *Rev Rene*. 18(6), 727-33.





- Hong, S. & Hwan Choi, W. (2016). The effects of sarcopenia and obesity on femur neck bone mineral density in elderly Korean men and women. *Osteoporosis and Sarcopenia*. 2(2), 103-109.
- Kaewanun, C. (2019). Nutrition of the Elderly. *EAU Heritage Journal Science and Technology*. 12(2),18-30.
- Kim, J.H., Ahn, H.J., Yang, T.Y. & Kim, S.Y. (2017). *Sarcopenic obesity and associated factors in older adults with diabetes*. [Online], Available: <https://www.endocrine>. (2019, 29, January).(in Thai).
- Khongsri, N., Tongsuntud S., Limampai, P, Kuptniratsaikul V.(2016).The prevalence of sarcopenia and related factors in a community-dwelling elders Thai population. *Osteoporosis and Sarcopenia*. 2(2), 110-115.
- Kim, K.M., Kim, Y.J., Choi, S.H., Lim, S., Moon, J.H, Kim, J.H, et al.(2016).The effects of body mass index on the hereditary influences that determine peak bone mass in mother-daughter pairs. *Osteoporos Int*. 27(6), 2057-2064.
- Kongsuk, T., Arunpongpaissal, A., Janthong, S., Prukkanone, B., Sukhawaha S., & Leejongpermpoon J., (2018).Criterion-Related Validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect.*J Psychiatr Assoc Thailand*. 63(4): 321-334.
- Konggateyai, P., Onkampa, W., Wongsrithep, W. & Kuptniratsaikul, V. (2018). The study of grip strength in community-dwelling Thai elderly. *J Gerontol Geriatr Med*. 17(53-61).
- Lee,J.E., Lee, S.R., Song, H-K. (2016).Muscle mass is a strong correlation factor of total hip BMD among Korean premenopausal women. *Osteoporosis and Sarcopenia*, 2(2): 99-102.
- Liang, X., Chen, X. , Li J., Yan, M., & Yang,S. (2018). Study on body composition and its correlation with obesity: A Cohort Study in 5121 Chinese Han participants. *Medicine*.97(21): e10722
- Liangruenrom, N., Topothai, T., Topothai, C., Suriyawongpaisan, W., Limwattananon, S. Limwattananon, C. et al.(2017). Do Thai People Meet Recommended Physical Activity Level?: The 2015 National Health and Welfare Survey. *Journal of Health Systems Research*. 11(2), 205-20.
- Limpawattana, P., Kotruchin, .P & Pongchaiyakul, C. (2015). Sarcopenia in Asia. *Osteoporosis and Sarcopenia*. 1(2):92-7.
- Moon S. (2014). Relationship of lean body mass with bone mass and bone mineral density in the general Korean population. *Endocrine*. 47(1): 234-43.
- PisCiotano, S.S., Pinto , V.L., Szejnfeld , C.H.M. (2014). The Relationship Between Lean Mass, Muscle strength and Physical Ability in Independent Healthy Elderly Woman from The Community M.V.C. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 18(5), 554-558.



- Potjamanpong, P. (2019). Guidelines for Health Promotion: Body Composition of the Elderly Members of the Health Promotion and Rehabilitation Center, Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University. *Journal of Nursing, Siam University*. 20 (39), 73-87.
- Promklang, D., Piaseu, N., Jarupat Maruo, S. & Tantiprasoplap, S. (2019). Factors Associated with sarcopenia Amongst Older Adults in Congested Communities in Bangkok. *Thai Journal of Nursing Council*. 33(1), 49-60.
- Somboontanont, W. & Thienngtham, S. (2018). Factors Related to Activity of Daily Living Among Community Dwelling Older Adults with Low Muscle Strength. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 38 (2), 110-123.
- Sonsompan, R. (2019). Capabilities Promote to Prevent Depression in the Elderly, Khon Buridistrict, Nakhon Ratchasima province. *Journal Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office*. 4 (1), 77-89.
- Ranasinghe, C., Katulanda, P., Andraweera, N., Thilakarathne., S and Tharanga, P. (2013). Relationship between Body mass index (BMI) and body fat percentage, estimated by bioelectrical impedance, in a group of Sri Lankan adults: cross sectional study. *BMC Public Health*, 3;13:797. doi: 10.1186/1471-2458-13-797.
- Taepongsoat, L. (2014). Osteoporosis: Epidemiology, Causes, Diagnosis, Treatments. *J Sci Technol MSU*, 33 (5), 526-536.
- Tomastu, E., Ninomiya, E., Ando, M., Hiratsuka, I., Yoshino, Y., Sekiguchi-Ueda, S. et al. (2016). Nutritional status of calcium and other bone-related nutrients in Japanese type 2 diabetes patients. *Osteoporosis and Sarcopenia*. 2(2), 94-98.
- Topothai, T., Topothait, C., Phonguttha, S., Suriyawongpisarn, W., Chantrasiri, O., Thamrunsi, T. (2015). The Daily Energy Expenditure of 4 Domains of Physical Activity of Thai Adults. *Journal of Health Systems Research*. 9(2), 168-180.
- Tungsiripracha, S. & Ruengtip, P. (2016). Factors Influencing the Risk of Osteoporosis in Menopausal Women. *Srinagarind Medical Journal*. 31(5), 320-324.
- Weaver, C.M, Gordon, C.M, Janz, K.F, Kalkwarf, H.J, Lappe, J.M, Lewis, R., et al. (2016). The National Osteoporosis Foundation's position statement on peak bone mass development and lifestyle factors: a systematic review and implementation recommendations. *Osteoporos Int*. 27:1281-1386.
- Wimolphan, P. & Pitchalard, K. (2016). The development of guidelines for the management of overweight and obesity in the elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 17(1), 115-123.
- Wiriya, B., Piaseu, N., Neelapaichit, n. & Tantiprasoplap, S. (2019). Prevalence and Predictors of Sarcopenia in Older People with Type 2 Diabetes. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 23(2), 110-118.



## Nursing Students' Perception of Ethical Dilemmas in the Ward

Sumitra Wicha\*

(Received: May 23, 2020, Revised: July 28, 2020, Accepted: October 19, 2020)

### Abstract

Nursing practice in ward of nursing students has been considered as a learning experience based on actual conditions of the patient and related environments in medical treatments. Once students encounter events concerning ethical dilemmas and are able to interpret or identify certain contradictions, it will lead them to ethical decision-making process. The situations will later be solved. Meanwhile, if students are unaware of ethical-related situations or able to perceive without an ability to solve the conflicts, the problems might have been elevated. Ethical dilemmas that students conceivably encounter during nursing practice include veracity/truth-telling, confidentiality, life and death with dignity, beneficence, non-maleficence/doing no harm, knowledge and skills, and interaction and communication with patients.

Teaching ethics in nursing of bachelor program is crucial to increase awareness or ethical sensitivity development, including ethical decision making skills of nursing students. Teaching pedagogy should concern a variety of methods regarding levels of students, in both theory and practice courses. A concept of transformative learning is applied to reflect ethical dilemmas that can be occurred during patient-health team contacts. This is to encourage an ability to use ethical decision-making process among students. It is also a preparation for future registered nurses.

**Keywords:** Perception; Ethical dilemmas; Nursing students; The Ward

---

\* Registered Nurse, Senior Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang



## การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในหอผู้ป่วย

สมิตรา วิชา\*

(วันรับบทความ: 23 พฤษภาคม 2563, วันแก้ไขบทความ: 28 กรกฎาคม 2563, วันตอบรับบทความ: 19 ตุลาคม 2563)

### บทคัดย่อ

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่มาจากสภาพจริงของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เมื่อนักศึกษาเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม สามารถตีความหรือระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ จะนำไปสู่กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น ในขณะเดียวกันหากนักศึกษาไม่ทราบว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประเด็นจริยธรรม หรือรับรู้ว่ามีแต่ไม่สามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายได้ อาจส่งผลให้สถานการณ์ความขัดแย้งลุกลามมากยิ่งขึ้น ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่นักศึกษาพบขณะปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ปัญหาการบอกความจริง ปัญหาการปกปิดความลับ ปัญหาเกี่ยวกับชีวิตและการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ปัญหาการทำให้เป็นประโยชน์ ปัญหาการไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตราย ปัญหาด้านความรู้และทักษะการพยาบาล และปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับผู้ป่วยบริการ

การจัดการเรียนการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาการรับรู้หรือความไวทางจริยธรรม และทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งการจัดการเรียนการสอนควรมีวิธีการที่หลากหลายเพื่อให้เหมาะสมกับความสามารถของนักศึกษาแต่ละชั้นปีทั้งในรายวิชาทฤษฎีและภาคปฏิบัติการ ใช้แนวความคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการเรียนการสอนการตัดสินใจทางจริยธรรม เป็นวิธีการที่สามารถทำให้นักศึกษาสะท้อนตนเองต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยบริการและทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความสามารถในการใช้กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษา และเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมบูรณ์แบบต่อไป

**คำสำคัญ:** การรับรู้; ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม; นักศึกษาพยาบาล; หอผู้ป่วย

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง



## บทนำ

การฝึกปฏิบัติงานในคลินิกของนักศึกษาพยาบาล เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่มาจากสภาพจริงของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล โดยการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยนักศึกษาพยาบาล จำเป็นต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย บุคลากรพยาบาล และทีมสุขภาพ ซึ่งในบางครั้งนักศึกษาอาจเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จนทำให้เกิดความเครียด ความรู้สึกกลัว หรือเกิดความขัดแย้งในใจ ส่งผลต่อความไม่มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล อาจหลบเลี่ยงหรือปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย หรือเกิดปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้น

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (ethical dilemma) หมายถึง สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความอึดอัด คับข้องใจ ที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความชั่ว ความผิด หรือความถูกต้อง ซึ่งต้องตัดสินใจเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งระหว่างสองทางเลือก หรือมากกว่า ซึ่งไม่ว่าจะเลือกทางใด ก็จะทำให้เกิดผลดี และผลเสียพอๆ กัน ทำให้ผู้ตัดสินใจเลือกไม่แน่ใจว่าทางเลือกใดถูกหรือผิด หรือทางเลือกเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2015) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบได้บ่อยในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ปัญหาการบอกความจริง ปัญหาการปกปิดความลับ ปัญหาเกี่ยวกับชีวิตและการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับผู้ป่วยบริการ และผู้ร่วมงาน ปัญหาการยินยอมโดยการรับข้อมูล ปัญหาการใช้เทคโนโลยีและให้บริการเกินจำเป็น และปัญหาด้านความรู้และทักษะทางการพยาบาล การระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นขั้นตอนที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนา นักศึกษาพยาบาลให้เป็นผู้ที่มีความสามารถเชิงจริยธรรม เพราะการระบุประเด็นได้ชัดเจนจะนำไปสู่กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและการกำหนดทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขสถานการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น

Prompahakul, C., & Nilmanat, K. (2017) กล่าวว่า ความสามารถเชิงจริยธรรมเป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้ถึงความรู้สึกของตนเอง และแสดงออกถึงความรู้สึกนั้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์หนึ่งๆ รวมทั้งเป็นความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจกำหนดแนวทาง และกระทำในสิ่งที่นำมาซึ่งประโยชน์อันสูงสุดสำหรับผู้รับบริการ สำหรับนักศึกษาพยาบาลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หากสามารถตีความหรือระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ จะนำไปสู่กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันหากนักศึกษาไม่ทราบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประเด็นจริยธรรม หรือรับรู้ว่ามีแต่ไม่สามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายได้ อาจส่งผลให้สถานการณ์ความขัดแย้งลุกลามมากยิ่งขึ้น

บทความวิชาการนี้เป็นการนำเสนอ การรับรู้ต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 - 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ขณะฝึกปฏิบัติงานรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลและรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ได้แก่ ความไวทางจริยธรรม กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และการจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

## วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอการรับรู้ต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 - 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง และศึกษาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม





## ความไวทางจริยธรรม

Indhraratana, A. (2014) สรุปความหมายของความไวทางจริยธรรม (ethical sensitivity) ไว้ว่า หมายถึง การรับรู้ (perception) ว่ามีประเด็นทางจริยธรรมเกิดขึ้น และการตีความ (interpretation) สถานการณ์ และการกระทำต่างๆ ที่ปรากฏในสถานการณ์ว่ามีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเองและผู้อื่นอย่างไร อาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้นจะนำไปสู่เหตุการณ์อะไรต่อไป ความไวทางจริยธรรมเป็นทั้งกระบวนการของการรู้ (cognitive process) ซึ่งได้แก่ การประเมินและการตีความ และการกระตุ้นทางอารมณ์ความรู้สึก (affective arousal) เช่น ความเห็นอกเห็นใจ ความโกรธ ความไม่พอใจ รวมทั้งการพิจารณาจากมุมมองที่แตกต่างทางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจสังคม มุมมองด้านกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับขององค์กร จรรยาบรรณ และมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าความไวทางจริยธรรมประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ

1) **ด้านการรับรู้ (perception)** การรับรู้ทางจริยธรรม คือ การรับรู้ และการตีความอย่างถูกต้องว่ามีประเด็นด้านจริยธรรมเกิดขึ้นจากสิ่งบ่งบอก (cues) ต่าง ๆ ที่พบในสถานการณ์ บุคคลอาจมีการรับรู้ประเด็นทางจริยธรรมจากสิ่งบ่งบอก เช่น คำพูด ภาษากาย หรือพฤติกรรม แต่ความไวรับต่อสิ่งบ่งบอกดังกล่าวอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล สิ่งที่ต้องสังเกตและตีความ ได้แก่ พฤติกรรม คำพูด คำถาม การตั้งข้อสงสัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันโรค ความเชื่อ และความไว้วางใจในผู้ประกอบวิชาชีพ

2) **ด้านอารมณ์และความรู้สึก (emotions and affection/feelings)** หมายถึง อารมณ์และความรู้สึกที่กระตุ้นการรับรู้ทางจริยธรรม รวมทั้งความเมตตา ความเอื้ออาทร ความต้องการที่จะช่วยเหลือหรือทำในสิ่งที่ดี และเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ทำให้พยาบาลเกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เกิดความตระหนักเกี่ยวกับพันธกิจทางจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและความรับผิดชอบในสถานการณ์นั้น

นอกจากนี้ Indhraratana, A. (2014) กล่าวถึงทักษะทางจริยธรรมว่าเป็นสิ่งที่เรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการมีตัวแบบบทบาทที่เหมาะสม ซึ่งทักษะที่ควรพัฒนาเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม มีดังนี้

1) **ความสามารถในการรับรู้ทางจริยธรรม** ได้แก่ การรวบรวม วิเคราะห์ และตีความข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุดเกี่ยวกับประเด็นทางจริยธรรมในสถานการณ์

2) **ทักษะทางอารมณ์/ความฉลาดทางอารมณ์** เป็นความสามารถในระบุนความต้องการและความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น การเรียนรู้ที่จะอ่านการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้อื่น

3) **การเข้าใจมุมมองของบุคคลอื่น** หรือการมองจากมุมมองของผู้อื่น (taking the perspectives of others) เป็นความสามารถในการค้นหามุมมองที่หลากหลายของสถานการณ์ เพิ่มการตระหนักต่อความต้องการของบุคคลอื่น ตรวจสอบปฏิกิริยาตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

4) **การสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ** พยาบาลต้องสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ระบุนโยบาย และสมมติตนเองว่าถ้าอยู่ในสถานะของผู้ป่วย จะทำเช่นไรและหาวิถีทางที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม

5) **ทักษะพหุวัฒนธรรม** ได้แก่ ความสามารถในการทำงานในบริบทที่แตกต่างและหลากหลาย การตระหนักและเข้าใจเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างบุคคล การเรียนรู้ว่าจะตอบสนองอย่างไรต่อความคิดเห็น มุมมอง ค่านิยม และวัฒนธรรมที่ต่างกัน



**6) การควบคุมอคติทางสังคม** การควบคุมอคติทำได้โดยการทบทวนและสะท้อนความคิดเกี่ยวกับการแสดงออก และคำพูดของตนเองที่เคยมีต่ออคติทางสังคมต่างๆ เช่น รสนิยมทางเพศ ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง พยายามต้องมีจิตใจที่เปิดกว้างเพื่อเรียนรู้ผู้อื่น ควบคุมอคติ อารมณ์ หรือความคิดด้านลบเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเคารพความคิดเห็นและสิทธิส่วนบุคคลของผู้อื่นและให้บริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม

**7) การปลูกฝังจิตสำนึกทางจริยธรรม ความเมตตา และความเอื้ออาทร** ค่านิยมสำคัญของวิชาชีพพยาบาลที่ควรปลูกฝังเพื่อส่งเสริมให้เกิดความไวจริยธรรม คือ การตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีผู้รับบริการ การประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณาและเอื้ออาทร เคารพในคุณค่าของชีวิต รวมทั้งการเสริมสร้างทัศนคติที่ดี ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการทางจริยธรรม ทักษะการให้เหตุผลทางจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และความรับผิดชอบทางวิชาชีพ

**8) ความกล้าหาญทางจริยธรรม** บุคคลที่มีความกล้าหาญทางจริยธรรมจะยืนหยัดอยู่บนความถูกต้องทางจริยธรรม ไม่ถูกผูกมัดหรือหวั่นไหวต่ออุปสรรคที่มาจากอำนาจเหนือกว่าหรือค่านิยมที่ขัดแย้งอื่น ๆ เช่น กฎระเบียบ หรือนโยบายของหน่วยงาน สามารถตัดสินใจกระทำสิ่งที่เป็ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และยอมรับผลที่ตามมาจากการกระทำนั้น

กล่าวได้ว่า ความไวทางจริยธรรมเป็นภาวะที่บุคคลเกิดการรับรู้และตีความการกระทำที่ปรากฏในสถานการณ์ด้วยอารมณ์ ความรู้สึก ความเชื่อ และประสบการณ์ ว่ามีผลกระทบต่อตนเองหรือผู้อื่นอย่างไร ซึ่งความไวทางจริยธรรมสามารถพัฒนาและสร้างเสริมได้จากทักษะการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ และความรู้สึกต้องการที่จะช่วยเหลือ การเข้าใจและการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การปลูกฝังจิตสำนึกทางจริยธรรม ความเมตตา และความเอื้ออาทร และการยืนยันกระทำในสิ่งที่ถูกต้องทางจริยธรรม การฝึกฝนความไวทางจริยธรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพราะจะทำให้เข้าใจและระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างชัดเจน สามารถนำไปวิเคราะห์และแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น

### การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในหอผู้ป่วย

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในหอผู้ป่วย อาจเป็นการยากสำหรับนักศึกษาที่จะสามารถบอกผู้อื่นว่าตนเองกำลังประสบกับปัญหาที่เป็นประเด็นจริยธรรม ถึงแม้ว่านักศึกษาจะผ่านการเรียนการสอนภาคทฤษฎีในรายวิชาจริยศาสตร์มาแล้วก็ตาม เพราะนักศึกษายังขาดประสบการณ์การรับรู้ต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และประเด็นปัญหาเชิงจริยธรรมก็อาจเปลี่ยนไปตามแต่ละสถานการณ์ ดังนั้น จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของอาจารย์นิเทศก์หรือพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วย ที่จะช่วยชี้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ นักศึกษา มีความพร้อมและตระหนักในการรับรู้ต่อประเด็นเชิงจริยธรรมเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการแก้ไขปัญหาต่อไป

การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในหอผู้ป่วยครั้งนี้ สรุปรจากการเขียนสะท้อนคิดของนักศึกษาเป็นรายบุคคลภายหลังเกิดสถานการณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การพูดคุยและอภิปรายระหว่างนักศึกษาและอาจารย์นิเทศก์ขณะอยู่ในสถานการณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการประชุมปรึกษแบบกลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม



## 1) ประเด็นความขัดแย้งระหว่างการบอกความจริงกับการปกปิดความลับ

**สถานการณ์ที่ 1** “...ป้าที่เป็นญาติผู้ป่วยถามหนูว่าเมื่อไรผู้ป่วยจะหาย ผู้ป่วยเป็นโรคอย่างอื่นด้วยหรือไม่ เพราะรักษาโรคมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่มานานแล้ว ทำไมยังไม่ดีขึ้นเลย มีแต่หนักขึ้นเรื่อยๆ แต่หนูได้พูดคุยกับผู้ป่วยหลายครั้งและสอบถามว่าจะบอกให้ป้ารู้ว่าติดเชื้อ HIV หรือไม่ ผู้ป่วยตอบว่าไม่อยากให้ป้ารู้ จะขอเป็นคนบอกป้าเมื่อผู้ป่วยพร้อม หนูก็เข้าใจผู้ป่วย แต่ก็เป็นห่วงและสงสารป้าด้วยเหมือนกัน ป้าเป็นคนเลี้ยงดูผู้ป่วยแทนแม่ผู้ป่วยมาตั้งแต่เด็ก ส่งเรียนหนังสือจนจบได้ทำงาน หนูกลัวว่าเวลาที่ป้าจะต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมที่เปียกปัสสาวะและอุจจาระให้ผู้ป่วย ป้าจะติดเชื้อ HIV จากผู้ป่วยหรือไม่...”

**สถานการณ์ที่ 2** “...ผู้ป่วย HIV มารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดบวม (Pneumonia) ขอร้องนักศึกษาพยาบาลว่าหากเพื่อนชายมาเยี่ยมและถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้บอกเพียงว่าเป็นปอดบวม ไม่ให้บอกเรื่องการติดเชื้อ HIV และการรักษา แต่นักศึกษารู้สึกอึดอัดและกังวลใจว่าถ้าเพื่อนชายของผู้ป่วยมาสอบถามจริง นักศึกษาไม่รู้ว่าจะต้องตอบอย่างไร...”

จากสถานการณ์ทั้ง 2 สถานการณ์ จะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติมีปฏิสัมพันธ์ที่ตึงเครียด มีความเชื่อใจและไว้วางใจว่านักศึกษาจะไม่เปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยหากผู้ป่วยไม่ยินยอม ในสถานการณ์ที่ 1 การรับรู้ของนักศึกษาต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ การบอกความจริงกับป้าผู้ป่วยเรื่องการเจ็บป่วยด้วย HIV เพราะเกรงว่าป้าอาจจะติดเชื้อ HIV จากสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย กับการปกปิดความลับของผู้ป่วยเพราะเป็นการเคารพเอกสิทธิ์และสิทธิผู้ป่วย ส่วนสถานการณ์ที่ 2 การรับรู้ของนักศึกษาต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ การปกปิดความลับของผู้ป่วย กับความยากลำบากในการสื่อสารกับเพื่อนชายของผู้ป่วย

## 2) ประเด็นความขัดแย้งเกี่ยวกับชีวิตและการตายอย่างมีศักดิ์ศรี

**สถานการณ์ที่ 3** “...ผู้ป่วยชายสูงอายุ มารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งตับระยะสุดท้าย มีภาวะ Ascites และ Spontaneous Bacterial Peritonitis (SBP) ในเวรป่วยผู้ป่วยอาการหนักแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ต่อมาในเวรเช้าผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกและได้รับออกซิเจนแบบ Mask with bag เมื่อลูกสาวมาเยี่ยมได้บอกลูกสาวว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อาจรักษาไม่ได้แล้ว หากมีอาการหนักเหมือนเมื่อคืนซ้ำอีก ไม่ต้องการให้หมอใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยชีวิต ขอจากไปอย่างสงบ แต่ก่อนจะตายผู้ป่วยอยากเห็นหน้าหลานสาวอายุ 3 ขวบ เป็นครั้งสุดท้าย เมื่อลูกสาวผู้ป่วยไปบอกพยาบาล พยาบาลได้ห้ามไว้เพราะเด็กอายุน้อย ญาติด้านทานโรคต่ำ กลัวว่าเด็กจะติดเชื้อจากโรงพยาบาล ลูกสาวผู้ป่วยจึงมาขอร้องนักศึกษาพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมาตลอด ช่วยไปขออนุญาตพยาบาลให้หลานสาวได้มาพบผู้ป่วยสักครั้ง นักศึกษารับฟังและรู้สึกลำบากใจที่จะเลือกระหว่างการไปขออนุญาตพยาบาลตามที่ลูกสาวผู้ป่วยขอร้องเพราะเป็นความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วยก่อนตายกับการปฏิเสธที่จะไปขออนุญาตเพราะกลัวว่าเด็กอาจจะติดเชื้อจากโรงพยาบาลเพราะภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ตามที่พยาบาลห้ามไว้...”

**สถานการณ์ที่ 4** “...ผู้ป่วยที่หนักดูแลอยู่อาการไม่ค่อยดี ญาติทุกคนคุยกับแพทย์ว่าหากผู้ป่วยอาการทรุดลงขอไม่ให้ช่วยฟื้นคืนชีพแก่ผู้ป่วย ขอให้รักษาตามอาการและให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ หนูไม่เคยดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่ทราบว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง และหากถึงวาระสุดท้ายใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยจะทรมาณหรือไม่สภาพผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร หนูรู้สึกกังวลและไม่มั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วย...”



จากสถานการณ์ที่ 3 อาจารย์นิเทศก์ได้ชี้ประเด็นแก่นักศึกษาว่า การรับรู้ของนักศึกษาต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ นักศึกษาตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต กับการที่พยาบาลไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตรายโดยการป้องกันโรคติดเชื้อจากโรงพยาบาลไปสู่หลานสาวของผู้ป่วย ส่วนสถานการณ์ที่ 4 การรับรู้ของนักศึกษาต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ กับความรู้ความเข้าใจต่อแนวคิดและหลักการการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### 3) ประเด็นความขัดแย้งเกี่ยวกับการทำสิ่งที่เป็นประโยชน์กับการไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตราย

**สถานการณ์ที่ 5** “...อาจารย์คะช่วยไปดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอเตียงนั้นหน่อยได้มั้ยะคะ หนูเห็นเค้าโอดมาจนเหงื่อออก ดูอาการไม่ดีเลยคะ หนูอยากช่วยดูแลให้กับผู้ป่วย เคยฝึกทักษะนี้ในห้องแล็บ แต่ยังไม่เคยปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย กลัวว่าจะทำไม่ถูกต้องและทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลง...”

**สถานการณ์ที่ 6** “...ผู้ป่วยชาย Hepatic Encephalopathy สับสนเป็นบางครั้ง ถูกผูกมัดที่ข้อมือและข้อเท้าทั้งสองข้างเข้ากับเตียงผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาลสังเกตพบว่าข้อมือและข้อเท้าทั้งสองข้างมีรอยแดง และบางตำแหน่งผิวหนังนูนมีถุงน้ำอยู่ข้างใน ในช่วงที่นักศึกษาดูแลผู้ป่วยจึงคลายผ้าผูกมัดออกเพื่อป้องกันไม่ให้ข้อมือและข้อเท้าของผู้ป่วยเป็นแผล เมื่อใกล้ลงเวรเข้าพยาบาลได้บอกมาให้นักศึกษาผูกมัดผู้ป่วยไว้เหมือนเดิม โดยให้เหตุผลว่าเวรบายเวรดึกจำนวนพยาบาลมีน้อยดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง หากไม่ผูกมัดและผู้ป่วยมีอาการสับสน อะอะโวยวาย อาจไปทำร้ายผู้ป่วยเตียงข้างเคียงได้ นักศึกษาสีหน้าไม่ดีและปรึกษาอาจารย์นิเทศก์ว่าควรเลือกปฏิบัติอย่างไร ระหว่างการคลายผ้าผูกมัดออกเพื่อป้องกันไม่ให้ข้อมือและข้อเท้าของผู้ป่วยเป็นแผลมากขึ้น กับการผูกมัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นผู้ป่วยเตียงอื่น...”

**สถานการณ์ที่ 7** “...นักศึกษาพยาบาลแจ้งกับผู้ป่วยและญาติว่า จะใส่สายทางจมูก (NG tube) เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ แพทย์จึงมีแผนการรักษาให้อาหารเหลวทางสายยาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย แต่ลูกสาวผู้ป่วยบอกกับอาจารย์นิเทศก์ที่ยืนอยู่กับนักศึกษา ว่าไม่ต้องการให้นักศึกษาเป็นคนใส่สายยางทางจมูก เพราะไม่มั่นใจว่านักศึกษาจะใส่ได้หรือไม่ และกลัวว่านักศึกษาจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บ นักศึกษารู้สึกเครียดและน้ำตาคลอ เพราะมีความตั้งใจและเตรียมพร้อมมาอย่างดี มั่นใจว่าจะสามารถทำได้ แต่เมื่อได้ยินคำพูดจากลูกสาวผู้ป่วย นักศึกษารู้สึกว่าไม่ได้รับการยอมรับในความรู้ความสามารถเพราะตนเป็นเพียงนักศึกษาพยาบาล...”

**สถานการณ์ที่ 8** “...หนูเตรียมอุปกรณ์สำหรับ Mouth Care และ Complete Bed Bath ให้กับคุณยาย แต่คุณยายไม่ยอมให้ทำและไม่พูดกับหนูเลย หนูอยากเปลี่ยนผ้าอ้อมอันใหม่แทนอันเก่าที่เต็มไปด้วยปัสสาวะ คุณยายจะได้สะอาดและสบายตัว พี่พยาบาลบอกว่าต้องใช้เวลาคำนึงและค่อยๆ คุยกับคุณยาย เพราะปกติถ้ามานอนโรงพยาบาลลูกสาวคุณยายจะมาดูแลอย่างดี แต่เมื่อเดือนที่แล้วลูกสาวคุณยายเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ หนูคิดว่าคุณยายได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจมากที่ลูกสาวเสียชีวิต หนูควรจะสร้างสัมพันธ์ภาพและสื่อสารกับคุณยายอย่างไร เพื่อให้คุณยายพูดคุยกับหนูและเต็มใจให้หนูได้ดูแลคุณยาย...”

จากสถานการณ์ที่ 5 – 8 จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ถึงแม้จะกระทำไปโดยมีเจตนาดีต่อผู้ป่วย แต่ยังมีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกิดขึ้น ซึ่งสถานการณ์ที่ 5 การรับรู้ของนักศึกษาต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ การไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตรายโดยป้องกันการอดกั้นทางเดินหายใจของผู้ป่วย กับความรู้



และทักษะในการประเมินสภาพผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา ส่วนสถานการณ์ที่ 6 การรับรู้ของนักศึกษาต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ การที่นักศึกษาไม่ทำสิ่งที่เป็อันตรายแก่ผู้ป่วยโดยการไม่ผูกมัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลบริเวณข้อมือและข้อเท้า และการที่พยาบาลไม่ทำสิ่งที่เป็อันตรายแก่ผู้อื่นโดยการผูกมัดผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ไปทำร้ายผู้อื่น สำหรับสถานการณ์ที่ 7 การรับรู้ของนักศึกษาต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ เจตนาดีของนักศึกษาในการทำสิ่งที่เป็ประโยชน์ให้กับผู้ป่วยโดยการใส่สายยางเพื่อให้อาหารเหลวทางจมูก กับการให้คุณค่าของญาติผู้ป่วยต่อทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และในสถานการณ์ที่ 8 การรับรู้ของนักศึกษาต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ เจตนาดีของนักศึกษาในการทำสิ่งที่เป็ประโยชน์แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายกับปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างนักศึกษา กับผู้ป่วย

#### 4) ประเด็นความขัดแย้งด้านความรู้และทักษะการพยาบาล

**สถานการณ์ที่ 9** “...การเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งแรก หนูตื่นตื่นมาก รู้สึกไม่มั่นใจว่าจะแทงตรงเส้นเลือดหรือไม่ การที่ต้องเจาะเลือดผู้ป่วยจริงกับการฝึกในห้องแล็บไม่เหมือนกันเลย หนูกลัวว่าคุณตาจะเจ็บเวลาแทงเข็ม และกลัวว่าคุณตาจะไม่ให้ทำ ขณะอธิบายขั้นตอนและจุดประสงค์การเจาะเลือดให้คุณตาทราบ หนูรู้สึกหัวใจเต้นแรงและมือสั่น อยากบอกอาจารย์ที่คอยดูอยู่ใกล้ๆ ว่าหนูไม่อยากเจาะเลือดคุณตา แต่ในใจคิดว่าถ้าเราไม่ทำตอนนี้แล้วเมื่อไหร่เราจะทำได้...”

จากสถานการณ์นี้ การรับรู้ของนักศึกษาต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ ความรู้และทักษะการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล หรือหัตถการอย่างใดอย่างหนึ่งที่ต้องทำเป็นครั้งแรก หรือหัตถการที่ยาก การลดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมด้านความรู้และทักษะการพยาบาล สามารถทำได้โดยก่อนปฏิบัติการพยาบาลหรือทำหัตถการทุกครั้ง นักศึกษาควรได้ทบทวนตนเองอยู่เสมอกับความรู้ และฝึกฝนมาก่อนล่วงหน้าเพียงพอหรือไม่ เพื่อให้มีความพร้อมต่อการปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย และในสถานการณ์นี้จะเห็นได้ว่าอาจารย์นิเทศก์มีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้นักศึกษาผ่านความกลัวหรือความกังวลใจนั้น โดยการให้กำลังใจและเสริมสร้างความมั่นใจให้กับนักศึกษา คอยอยู่ให้คำแนะนำปรึกษาอย่างใกล้ชิดในครั้งแรกที่นักศึกษาต้องปฏิบัติการพยาบาลหรือทำหัตถการ อย่างไรก็ตาม นักศึกษาอาจมีโอกาสนพบสถานการณ์ที่เป็ประเด็นเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย คือ สิทธิผู้รับบริการที่จะไม่ยินยอมให้นักศึกษาเจาะเลือดหรือหัตถการถึงแม้ว่าจะอธิบายหรือให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการแล้วก็ตาม

#### 5) ประเด็นความขัดแย้งด้านปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับผู้รับบริการ

**สถานการณ์ที่ 10** “...หนูจะให้คำแนะนำแก่คุณตาเรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามที่วางแผนไว้ใน Nursing Care Plan แต่คุณตาบอกว่ารู้หมดแล้วไม่อยากฟัง หนูไม่เข้าใจว่าทำไมคุณตาจึงไม่ยอมฟัง หนูคิดว่าความรู้มาอย่างดีเพื่อจะแนะนำคุณตา ซึ่งหนูเห็นว่าที่คุณตาต้องเข้ามาอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเพราะคุณตาอาจจะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจึงทำให้น้ำตาลในเลือดสูง...”

**สถานการณ์ที่ 11** “...อาจารย์คะหนูจะซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาล แต่เหมือนกับว่าผู้ป่วยและญาติไม่อยากให้ข้อมูลเลยคะ ถามว่าทำไมถามเยอะ ใช้เวลานาน เมื่อไหร่จะเสร็จ หนูรู้สึกไม่สบายใจเพราะผู้ป่วยและญาติคงไม่พอใจที่หนูซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยนาน แต่ถ้าหนูไม่ทำก็ไม่รู้ข้อมูลเพียงพอที่จะนำวางแผนการพยาบาลเพื่อจะดูแลผู้ป่วยในวันพรุ่งนี้...”





จากสถานการณ์ที่ 10 – 11 การรับรู้ของนักศึกษาต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับผู้รับบริการ ในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในหอผู้ป่วย พบว่ามีหลายครั้งที่นักศึกษาคำนึงถึงเป้าหมายของตนเองเป็นหลัก โดยไม่ได้คำนึงถึงความเป็นบุคคลและการเจ็บป่วยที่ผ่านมาของผู้ป่วย ทำให้นักศึกษากับผู้ป่วยและญาติให้คุณค่าต่อการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารแตกต่างกัน กล่าวคือ สถานการณ์ที่ 10 นักศึกษาให้คุณค่าต่อปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารเพื่อผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ส่วนผู้ป่วยให้คุณค่าต่อปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารว่าเป็นเรื่องที่รู้มาก่อนแล้ว ส่วนสถานการณ์ที่ 11 นักศึกษาให้คุณค่าต่อปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการพยาบาล แต่ผู้ป่วยและญาติให้คุณค่าต่อปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เสียเวลา

### 6) ประเด็นความขัดแย้งเกี่ยวกับการบอกความจริง

**สถานการณ์ที่ 12** “...ผู้ป่วยชาย Hemophilia มีภาวะ Sepsis R/O Septic Shock ความรู้สึกตัวเริ่มเปลี่ยนแปลง มีจ้ำเลือดตามร่างกาย ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะไม่ออก ให้ Oxygen cannular 3 LPM แพทย์บอกญาติว่าผู้ป่วยอาการหนักมากอาจถึงแก่ชีวิตแต่จะรักษาอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยถามนักศึกษาพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมาต่อเนื่องหลายวันว่าตนเองจะหายหรือไม่ นักศึกษาไม่แน่ใจว่าควรบอกความจริงเกี่ยวกับอาการหนักของโรคแก่ผู้ป่วยดีหรือไม่ เพราะผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงของตน แต่นักศึกษากังวลใจและเป็นห่วงว่าหากผู้ป่วยทราบผู้ป่วยจะเสียกำลังใจและการเจ็บป่วยอาจทรุดหนักลง...”

จากสถานการณ์นี้ การรับรู้ของนักศึกษาต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ การบอกความจริง กับ การไม่บอกความจริงเกี่ยวกับการอาการและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งก่อนที่จะตัดสินใจเลือกทางใด นักศึกษาจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลให้เพียงพอทั้งในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของโรค การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และวิธีการที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย ส่วนการที่ผู้ป่วยเลือกที่จะสอบถามการเจ็บป่วยกับนักศึกษา อาจเป็นเพราะสัมพันธ์ภาพที่ดีและความเชื่อถือไว้วางใจของผู้ป่วยต่อเจตนาและการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีของนักศึกษาในช่วงที่ได้ดูแลผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่า ในสถานการณ์การรับรู้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมนั้น นักศึกษาจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้นให้ครอบคลุม ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายหรือนโยบายอื่นๆ จึงจะสามารถระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ถูกต้องเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์และกระบวนการ ของกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต่อไป

### กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical decision making) มีความสำคัญสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ตัดสินใจใช้เหตุผลทางจริยธรรม ในการจัดการกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การ



กำหนดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม 3) การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก 4) การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ และ 5) การประเมินผลลัพธ์และกระบวนการ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2015)

สำหรับ Harnyoot, O. (2018) กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสามารถใช้รูปแบบ ของ 4 คำถาม ที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรม ได้ มีดังนี้

1) เรื่องราวที่อยู่เบื้องหลังของความขัดแย้งในคุณค่า คำถามข้อแรกนี้ พยาบาลต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าเรื่องราว ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาอย่างไรและนำไปสู่ปัญหาจริยธรรมในเรื่องใด ทำไมสถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นปัญหา จริยธรรม ความขัดแย้งในคุณค่าเกี่ยวข้องกับใครบ้าง ต้องนำผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์มาพิจารณาให้ครบถ้วน

2) ความสำคัญของคุณค่าที่เกี่ยวข้อง เป็นการหาความสำคัญของคุณค่าของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้อง คุณค่าที่ ผู้ป่วยต้องการมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมากน้อยแค่ไหน คุณค่าของวิชาชีพพยาบาล บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการ คงไว้ซึ่งคุณค่าแห่งวิชาชีพ

3) ความสำคัญของความขัดแย้งเกี่ยวข้องกับบุคคลใด เป็นขั้นของการวิเคราะห์ว่าประเด็นความขัดแย้งทาง จริยธรรมที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับบุคคลใดบ้าง มีใครบ้างที่ได้ รับผลกระทบจากความขัดแย้งในสถานการณ์นี้ อะไรคือทาง เลือกที่สามารถทำได้เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและต่อ บุคคลอื่นให้น้อยที่สุด ทั้งนี้ต้องกลับไปดูถึงการให้คุณค่าของ แต่ละคนที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์

4) ควรจะอย่างไร เป็นการตัดสินใจว่าควรทำอย่างไรกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การตัดสินใจครั้งนี้ต้องนำ ความรู้ทางจริยศาสตร์ หลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วยและสิทธิมนุษยชน เข้ามาร่วมพิจารณาในการ ตัดสินใจโดยคำนึงถึงคุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และความถูกต้องทางจริยธรรมของแต่ละทางเลือก

Khiaolueang, D., et al. (2013) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อ สร้างเสริมความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลพบว่า อาจารย์พยาบาล ที่สอนวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพพยาบาล เห็นว่าความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางการพยาบาล ทั้ง 5 ขั้นตอน คือ 1) การระบุประเด็นปัญหาทางจริยธรรม 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 3) การวิเคราะห์ ทางเลือก 4) การตัดสินใจเลือกและนำไปปฏิบัติ และ 5) การประเมินผลลัพธ์ มีปัญหาอยู่ในระดับมาก ควรเสริมสร้าง แก่นักศึกษาพยาบาล ส่วนการศึกษาของ Boonmee, P., & Yana, B. (2013). เรื่อง การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา พบว่า สถานการณ์ที่นักศึกษาพยาบาลมีการตัดสินใจเชิง จริยธรรมได้ถูกต้องมากที่สุดทั้งตามหลักวิชาชีพและตามประสบการณ์การทำงาน คือสถานการณ์ด้านการแก้ไขปัญหา ในภาวะขาดแคลนทรัพยากร ส่วนสถานการณ์ที่นักศึกษาตัดสินใจเชิงจริยธรรมของได้ถูกต้องน้อยที่สุด ทั้งตามหลัก วิชาชีพและตามประสบการณ์การทำงานใน คือ สถานการณ์ด้านการให้อิสระในการตัดสินใจเลือกรักษาของผู้ป่วย สถานการณ์ด้านการแสดงถึงความเป็นวิชาชีพพยาบาลในการปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และสถานการณ์ด้าน การให้ออกสแกนผู้ป่วยและญาติตัดสินใจ สำหรับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่มีความแตกต่างของความถูกต้องระหว่าง หลักวิชาชีพและตามประสบการณ์การทำงาน ได้แก่ สถานการณ์ด้านการแสดงถึงกิจกรรมที่มีผลต่อชีวิตผู้ป่วย และ สถานการณ์ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

Chaowalit, A., & Nasae, T. (2016) กล่าวถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมว่าเป็นเรื่องที่ย่างยากซับซ้อน ไม่มีสูตร สำเร็จ ต้องอาศัยการตัดสินใจร่วมกัน (collaborative ethical decisions) ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย/



ครอบครัว พยาบาล และบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ซึ่งมีผู้เสนอว่าการตัดสินใจร่วมกัน เป็นการเรียนรู้ จึงได้เสนอวิธีการตัดสินใจโดยใช้คำว่า “LEARN” ดังนี้

**L** หมายถึง การฟังผู้อื่น (Listen to others)

**E** หมายถึง การอธิบายสิ่งที่ตนเองรับรู้ (Explain your perceptions)

**A** หมายถึง การยอมรับและอภิปรายความแตกต่างเกี่ยวกับการรับรู้ของแต่ละคน (Acknowledge and discuss differences)

**R** หมายถึง การให้ข้อเสนอเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ (Recommend alternatives)

**N** หมายถึง การเจรจาเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน (Negotiate agreement)

กล่าวได้ว่า กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การตัดสินใจทางจริยธรรมควรให้ผู้ป่วยหรือครอบครัว พยาบาล และบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ส่วนนักศึกษาพยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและหัวข้ออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับจริยศาสตร์จากการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทฤษฎี เพื่อจะได้นำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ขัดแย้งทางจริยธรรมในหอผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

#### การจัดการเรียนการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

Chaowalit, A., & Nasae, T. (2016) กล่าวถึงการจัดการเรียนการสอนจริยศาสตร์ มีเป้าหมายสำคัญในการพัฒนานักศึกษาให้เป็นพยาบาลที่มีจริยธรรม และพัฒนาทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งการจัดการเรียนการสอนรายวิชาเฉพาะด้านจริยศาสตร์ ควรให้ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

- 1) ทฤษฎีจริยศาสตร์ (ethical theories)
- 2) หลักจริยธรรม (ethical principles)
- 3) แนวคิดทางจริยธรรม (ethical concepts)
- 4) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (code of ethics in nursing) และสิทธิของผู้ป่วย (patient's rights)
- 5) พัฒนาการทางจริยธรรม (moral development)
- 6) พฤติกรรมจริยธรรมและพฤติกรรมที่ไม่ดีจริยธรรม (ethical and unethical behaviors)
- 7) คุณค่า และการหาความกระจ่างของคุณค่า (values and values clarification)
- 8) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (ethical dilemmas)
- 9) การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และการวิเคราะห์กรณีศึกษา (ethical decision making and case analysis)

ในส่วนของวิธีการจัดการเรียนการสอนจริยศาสตร์ ควรมีความหลากหลายเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของรายวิชา และความสามารถของนักศึกษาในแต่ละชั้นปี วิธีการจัดการเรียนการสอนจริยศาสตร์ในรายวิชาทฤษฎี เช่น การบรรยายและอภิปราย การวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น การเขียนรายงานสะท้อนเหตุการณ์ปัจจุบันที่มีความขัดแย้ง การวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่าง การได้วาทะทางจริยธรรม ส่วนวิธีการจัดการเรียนการสอนจริยศาสตร์ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การประชุมปรึกษาทางจริยธรรม การเฝ้าตรวจทางจริยธรรม การนิเทศทางคลินิกบนพื้นฐานการดูแลแบบองค์รวม การเป็นแบบอย่างของพยาบาลและอาจารย์ผู้นิเทศก์ และการสะท้อนทาง



จริยธรรมเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลภายหลังการฝึกปฏิบัติงาน สำหรับการศึกษาของ Prompahakul, C., & Nilmanat, K. (2017) พบว่า กิจกรรมการเรียนการสอนที่นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่ามีส่วนในการเพิ่มความสามารถเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก ได้แก่ การประชุมหลังการปฏิบัติการพยาบาล รองลงมาสองลำดับคือการเขียนสะท้อนคิด และการทำสมมนากรณีศึกษาผู้ป่วย ส่วนการศึกษาของ Khiaolueang, D., et al. (2013) พบว่า การสะท้อนคิดที่มีความสำคัญและจำเป็นในการเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลในนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนคือ 1) อธิบายสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น 2) อธิบายความรู้สึกต่อสถานการณ์ 3) บอกแนวคิด/หลักการ/ความเชื่อที่สนับสนุนการกระทำ 4) เปิดใจรับฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย 5) จัดลำดับความคิดและสรุปแนวคิดรวบยอด 6) นำข้อสรุปไปปฏิบัติ และ 7) สะท้อนคิดการเรียนรู้/ประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างจากเดิม

นอกจากนี้ ได้มีการนำเสนอการใช้การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการสอนการตัดสินใจทางจริยธรรม โดย Prajankett, O. (2014) สรุปไว้ว่า การนำทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของผู้สอนที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลให้เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และเข้าใจตนเองอย่างใคร่ครวญ มีวิจรรย์ญาณ จนนำไปสู่การสร้างการเรียนรู้ของตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจในบทเรียนอย่างแท้จริงและยั่งยืน สามารถบูรณาการความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างกลมกลืนและถูกต้อง เกิดการเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์หรือกระบวนทัศน์ของผู้เรียน สู่การมองโลกในเชิงองค์รวม อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ และการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสันติสุข

การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) ถูกนิยามครั้งแรกโดย Mezirow (1978 อ้างถึงใน Sutthinarakorn, W., (2017). หมายถึง การค้นหาความหมายที่มีอยู่ในประสบการณ์เดิมเพื่อสร้างความหมายใหม่ในประสบการณ์เดิม และนำความหมายใหม่ไปสู่การปฏิบัติใหม่ในอนาคต ในปี 1981 Mezirow ได้ใช้แนวคิดของ Harbamas ออกแบบการสร้างการเรียนรู้แบบฉบับของตนเอง 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) การเรียนรู้เชิงเหตุและผล (Instrumental learning) ซึ่งในการพิจารณาเหตุและผล ผู้เรียนต้องทำงานกับข้อมูล (data) จนได้ข้อมูลที่เป็นสารสนเทศหรือข้อมูลที่ถูกจัดการอย่างเป็นระบบ (information) ผู้เรียนต้องตอบคำถามให้ได้ว่าตนเองจะสามารถเรียนรู้ Information ให้ดีที่สุดได้อย่างไร เป็นการเรียนรู้ภายใต้การใช้ความหมายของความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ซึ่งเป็นการค้นหาข้อมูลอย่างรอบด้านและสมบูรณ์ รวมทั้งทบทวนระบบความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

2) การเรียนรู้จากการตั้งคำถาม (Dialogic learning) เป็นการเรียนรู้ที่จะตั้งคำถามว่าสิ่งที่เกิดขึ้น เกิดขึ้นที่ไหน เมื่อใด ขั้นตอนที่ 2 เป็นการค้นหาความหมายเดิมที่มีอยู่เพื่อนำไปสู่การให้ความหมายใหม่ต่อความคิด ความเชื่อ และค่านิยมที่อยู่ภายใต้โครงสร้างทางสังคมหรือความจริงของโลก

3) การเรียนรู้จากการสะท้อนตนเอง (Self reflection) เป็นช่วงที่ผู้เรียนตั้งคำถามว่าทำไมถึงเกิดเหตุการณ์นั้น ใช้การสะท้อนคิดของตนเองว่า บนข้อมูลที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอะไร ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ (Perspective transformation) เป็นช่วงที่บุคคลเผชิญกับปัญหาหรือความผิดปกติซึ่งไม่สามารถแก้ไขด้วยการให้ความหมายใหม่กับความคิด ความเชื่อหรือค่านิยม ดังนั้นการแก้ไขปัญหาจึงต้องมีการขัดเกลาปัญหาเพื่ออธิบายใหม่ให้เชื่อมโยงระบบคิด ระบบคุณค่าต่างๆ (Meaning scheme) กับการให้ความหมายกับโลกทัศน์ (Meaning perspective)



Pakdeto, R., & Arpaichiraratana, C. (2016) นำเสนอการประยุกต์ใช้การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการสอนการตัดสินใจทางจริยธรรมสำหรับนักศึกษาพยาบาล ไว้ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ผู้เรียนนำเสนอสถานการณ์ทางจริยธรรมที่พบบนหอผู้ป่วยซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งหรือความคับข้องใจ ในขั้นนี้เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนต้องรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ โดยใช้ประสบการณ์เดิมของผู้เรียนที่มีมาก่อนพบสถานการณ์

**ขั้นตอนที่ 2** การตรวจสอบตนเอง โดยการตั้งคำถามกับตนเอง โดยใช้คำถามปัญหาคืออะไร (What) ระบุบุคคลที่เกี่ยวข้อง บุคคลที่ได้รับผลกระทบ รวมทั้งค่านิยมหรือความต้องการของบุคคลที่เกี่ยวข้องแต่ละคน รู้สึกอย่างไร (How) คิดอย่างไรเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยเหตุผลใด ซึ่งคำถามเหล่านี้สามารถเข้าถึงค่านิยม ทศนคติ ความปรารถนาของผู้เรียนได้ ทำไมถึงรู้สึกเช่นนั้น (Why) ผู้สอนต้องชี้ให้ผู้เรียนมองเห็นความขัดแย้งกับประสบการณ์เดิมของผู้เรียนที่เกิดขึ้น โดยกระตุ้นมุมมองที่แตกต่างจากเดิมหรือขัดแย้งกับความรู้ ความเชื่อเดิมของผู้เรียน

**ขั้นตอนที่ 3** ประเมินสมมติฐานเดิมของตนเอง ความเชื่อเดิมของตนเอง เป็นการประเมินอย่างแท้จริง ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรมและจิตใจ ด้วยการใคร่ครวญกับตนเองอย่างมีวิจารณญาณ

**ขั้นตอนที่ 4** การยอมรับการเปลี่ยนแปลง โดยการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น โดยใช้วิธีการสนทนาเชิงวิพากษ์ในประเด็นของหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และให้การวินิจฉัยหรือระบุปัญหาทางจริยธรรมทางการพยาบาล

**ขั้นตอนที่ 5** การค้นหาทางเลือกใหม่ เป็นการกำหนดทางเลือกที่สามารถในการกระทำใหม่ เป็นการวิเคราะห์ทางเลือกที่กำหนดขึ้น พร้อมทั้งบอกข้อดี ข้อเสีย ที่เกิดขึ้นจากแต่ละทางเลือกที่มีต่อบุคคล ครอบครัว สถาบัน และสังคม ซึ่งจะช่วยในการพิจารณาทางเลือกที่เป็นจริงได้

**ขั้นตอนที่ 6** การวางแผนการกระทำใหม่ เป็นการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติ เริ่มทดลองทำตามการตัดสินใจโดยเลือกการตัดสินใจที่ถูกต้องเพียง 1 ทางเลือก ซึ่งต้องเป็นทางเลือกที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม และกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษรว่าใครเป็นผู้ตัดสินใจ และการตัดสินใจเพื่อใคร

**ขั้นตอนที่ 7** การหาความรู้และทักษะสำหรับปฏิบัติตามทางเลือก โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวิธีปฏิบัติตามทางเลือก

**ขั้นตอนที่ 8** การเริ่มทดลองปฏิบัติตามทางเลือกในการตัดสินใจ เมื่อผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในทางการปฏิบัติแล้ว เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือก และติดตามประเมินผลภายหลังการปฏิบัติตามทางเลือก

**ขั้นตอนที่ 9** การสร้างความสามารถและความมั่นใจในการเลือกปฏิบัติ นำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาอภิปรายให้ทราบข้อดี ข้อด้อย เพื่อแก้ไขปรับปรุงให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป

**ขั้นตอนที่ 10** การบูรณาการจนเป็นวิถีชีวิตใหม่ของตน ผู้สอนเน้นการสรุปประสบการณ์ในการเรียนรู้ของผู้เรียน เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติต่อไปในอนาคตซึ่งอาจแตกต่างจากการตัดสินใจในอดีตที่ผ่านมา จึงเกิดเป็นวิธีการหรือแนวคิดใหม่

การจัดการเรียนการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นอกจากต้องคำนึงถึงเป้าหมาย หัวข้อหรือเนื้อหา และวิธีการของการจัดการเรียนการสอนแล้ว จะต้องจัดเนื้อหาจริยศาสตร์บูรณาการในรายวิชาอื่นๆ ทั้งรายวิชาทฤษฎีและปฏิบัติทางการพยาบาล เช่น วิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ ควรบูรณาการเนื้อหา





เกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมในการทำแท้ง การผสมเทียม การตั้งครรภ์แทนผู้อื่น การตรวจทางพันธุกรรมระหว่างตั้งครรภ์ วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ควรบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับสิทธิเด็ก และประเด็นจริยธรรมในการทารุณกรรมเด็ก การตัดสินใจแทนโดยพ่อแม่หรือผู้ปกครอง วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ควรบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการปกปิดความลับของผู้ป่วย การบอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย การละเลยหรือทอดทิ้งผู้สูงอายุ และประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ควรบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับตราบาป ความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับ และการตัดสินใจแทนโดยผู้อื่น วิชาการพยาบาลชุมชน ควรบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ และประเด็นจริยธรรมสิ่งแวดล้อม วิชาการบริหารการพยาบาล ควรบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับจริยธรรมของผู้นำและจริยธรรมองค์กร (Chaowalit, A., & Nasae, T., 2016)

### สรุป

การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เป็นส่วนสำคัญที่จะนำไปสู่ขั้นตอนต่อไปของกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม การเผชิญต่อสถานการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วยนับเป็นโอกาสให้นักศึกษาได้ฝึกฝนให้มีความไวและตระหนักรู้ต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่จะเกิดขึ้นในขณะปฏิบัติการพยาบาล และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ และทีมสุขภาพ ในหลายสถานการณ์จะพบว่านักศึกษาพยาบาลเป็นคนกลางของการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและทีมสุขภาพ และมีความมุ่งหมายในปฏิบัติการพยาบาลด้วยเจตนาดีต่อผู้อื่น แต่ในบางครั้งก็อาจละเลยการทำความเข้าใจในคุณค่าของผู้รับบริการ และทีมสุขภาพด้วยเช่นกัน ดังนั้น นักศึกษาจึงควรได้ทบทวนและสะท้อนตนเองอยู่เสมอเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในห้องเรียน และจากการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อฝึกให้ไวต่อการรับรู้ประเด็นเชิงจริยธรรม และเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความสามารถในการใช้กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม สามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างถูกต้องเป็นประโยชน์กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาที่จะจบเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรจัดการเรียนการสอนทฤษฎีวิชาจริยศาสตร์ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลครั้งแรก เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นในขณะฝึกปฏิบัติงาน และมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อนำมาใช้ในสถานการณ์ประเด็นเชิงจริยธรรมได้
- 2) ควรสอดแทรกประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากกรณีตัวอย่างหอผู้ป่วย หรือชุมชน ไว้ในการเรียนการสอนภาคทฤษฎี และใส่ไว้ในคู่มือในการฝึกภาคปฏิบัติของทุกรายวิชา
- 3) สถาบันการศึกษาที่จัดอบรมครูพี่เลี้ยงในคลินิก ควรจัดให้มีหัวข้อการอบรมเกี่ยวกับการวิเคราะห์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อให้พยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยมีแนวทางในการชี้แนะนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย



### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ภรดี ถูกจิตร ที่ให้โอกาสผู้เขียนได้สอนนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งผู้เขียนรำลึกถึงอยู่เสมอ ขอขอบคุณอาจารย์บุญศรี นุเกตุ สำหรับความทุ่มเทและการเป็นแบบอย่างที่ดีของการสอนในรายวิชานี้ และด้วยความช่วยเหลือในส่วนสำคัญจาก ดร.เบญจมาศ ยศเสนา จึงทำให้บทความนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้เขียนขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

- Boonmee, P., & Yana, B. (2013). Ethical Decision Making among Nursing Students at Boromrajonani College of Nursing, Phayao. *Nursing Public Health and Education Journal*, 14(2), 35-42. (in Thai).
- Chaowalit, A., & Nasae, T. (2016). Ethics Education in Baccalaureate Nursing Program. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 36, Supplement(September – December), 183-195. (in Thai).
- Harnyoot, O. (2018). Ethical Decision Making: Concept and Application. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(2), 111-119. (in Thai).
- Indhraratana, A. (2014). Ethical Sensitivity: Concept and Application for Teaching in Nursing. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 141-147. (in Thai).
- Khiaolueang, D., et al. (2013). The Development of the Thought Reflection Learning Model to Enhance Ethical Decision-Making in Nursing for Student Nurses. *Journal of Education Naresuan University*, 15(4), 9-21. (in Thai).
- Pakdeto, R., & Arpaichiraratana, C. (2016). An Application of Transformative Learning in Arranging Learning Experience Regarding Ethical Decision Making for Nursing Students. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 9(1), 1-10. (in Thai).
- Prajankett, O. (2014). Transformative Learning: Nursing Education Perspective. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 179-184. (in Thai).
- Promptahakul, C., & Nilmanat, K. (2017). Moral Competence in Nursing Practice amongst Nursing Students at Prince of Songkla University. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(4), 67-78. (in Thai).
- Sutthinarakorn, W. (2017). *Transformative Learning and Action Research*. (1<sup>st</sup>ed.). Bangkok: Siamparitut Publishing Co., Ltd. (in Thai).
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2015). *Guide to Ethics Promotion (For Nursing organization: Mechanism and Practice)*. (1<sup>st</sup>ed.). Bangkok: Judthong Co., Ltd. (in Thai).

**2020**  
**Journal of**  
**Health Sciences**  
**Scholarship**

**Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang**

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ  
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง  
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000  
โทรศัพท์ 0 54 22 6254 ต่อ 141 โทรสาร 0 54 22 5020  
Email: journalbcnlp@gmail.com  
Book Cover Design by O-pas Pramoonsin