



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 0858-110X

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2561 Vol.29 No.1 January - June 2018



รายงานการวิจัย

- พลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
- การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง
- พลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการเกิดใหม่ของมารดาครั้งแรก
- การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลตึงตึง
- พลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยแอโรบิคอุลตราฮอป และการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง
- พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
- พลของโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่
- พลของโปรแกรมหัตถะบำบัดต่อความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- ค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อการของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
- ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
- ความสุขของนักศึกษาและบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุข
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันและแก้ไขโรคฟันผุในเด็กอายุ 8-12 ปี โรงเรียนบ้านทุ่งม่วง อำเภอปิงน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี
- การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน: กรณีศึกษา มารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี

บทความวิชาการ

- การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย
- ตำรับยาที่มีข้าวตำก่ายของชาวเขมรเป็นเภสัชวัตถุ: สำหรับแพทย์แผนไทย
- การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล
- การสอนแบบโครงงานเป็นฐาน: การประยุกต์สู่การปฏิบัติในการจัดการศึกษาพยาบาล
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

บทความพิเศษ

- พยาบาล..... วิถีชีวิตที่ฉันหลงรัก

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2561 Vol.29 No.1 January - June 2018

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุนหปราน
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ข.ทองเกษร ลาตพร้าว 71 กรุงเทพฯ)

ดร.มณฑนา เหมชะญาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

นางสาวเพ็ญภา พิสัยพันธุ์

รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

นางคณิสร์ เจริญกิจ

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

1. ผศ. ดร.ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล

2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ

3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรหมมี

4. ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา

5. รศ. ดร.อรพรรณ โตสิงห์

6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

7. รศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์

8. ผศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

1. นางสาวบุศริน เอี้ยวสีหยก

2. นางสาวกรรณิการ์ แซ่ตั้ง

ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์

ฝ่ายจัดการ

1. นายคณิง สัตร์ภัก

2. นางสาวชลิตา วรภูมิพิศาล

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

(รับบทความถึงสิ้นเดือนธันวาคม)

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

(รับบทความถึงสิ้นเดือนมิถุนายน)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) โดยต้นฉบับแต่ละเรื่องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 คน ทั้งนี้ รายงานการวิจัยหรือบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

1. ดร.กุลธิดา พานิชกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2. ดร.เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
3. ดร.วิรัตน์ สกูลสันติพร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. ผศ. ดร.ถาวร มาด้น	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
5. รศ. ดร.ปรารธนา สถิตย์วิภาวี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
7. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
8. ผศ. ดร.พิมสุภาว จันทนะโสดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
9. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
10. ผศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
11. ดร.วรพล แวงนอก	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
12. ดร.ศรีสกุล เฉียบแหลม	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
13. ดร.ทองสวย สีทานนท์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
14. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
15. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
16. ดร.ธัสมน นามวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
17. ดร.ชญาดา เนตร์กระจำ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
18. ดร.ดาราวรรณ รongเมือง	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
19. ผศ. ดร.ปราณี ชีโรโสภณ	นักวิชาการอิสระ
20. ดร.ชดช้อย วัฒนะ	นักวิชาการอิสระ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2561 Vol.29 No.1 January - June 2018

หน้า

รายงานการวิจัย

- ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 1
ไข่มุก ไชยเจริญ ชนิตดา แนนเกษร ดวงใจ วัฒนสินธุ์
- การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน 17
ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง
ชวนชม เพ็ชพันธ์ไพศาล ยศพล เหลืองโสมนภา รัชสุรีย์ จันทเพชร
ศศิโสภิต แพนศรี
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและการก่อกำเนิด 29
ของมารดาครรภ์แรก
วรัญญา ชลธารกัมปนาท จันทิมา ขนบดี ปราณ ป้องเรือ
- การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดังุดใจ 42
สุกัญญา ก้อมอ่อน สหิทยา รัตนจรรณะ ยุณี พงศ์จตุรวิทย์
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยแอโรบิคอุบลาคู และ การให้ความรู้ด้านโภชนาการ 54
ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มี
ความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง
มะลิวัลย์ แซ่ไหหล นพวรรณ เปียชื่อ ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ นิษฐ์โรจน์
- พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 68
ราตรี อร่ามศิลป์ พิทยา เกิดกุล สายใจ จารุจิตร
วรรณศิริ ประจันโน
- ผลของโปรแกรมการลดพฤติกรรมดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ 78
กัลยา โสณทอง แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ อาภาพร เผ่าวัฒนา
สุคนธา ศิริ
- ผลของโปรแกรมหัตถาบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 92
นิศารัตน์ รามวงษ์ ธิสมณ นามวงษ์ จันจิรา หินขาว
- ปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 101
อังคณา ศรีวิทย์ ชมนาด สุ่มเงิน สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์
- ค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อการของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน 113
สามรุ่นอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
โสภา ลีศิริวัฒนกุล คณิสสร เจริญกิจ บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์
- ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนาตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล 126
สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
ศิริพร ครุฑภาค รั้งคิมา วงษ์สุทิน นงนภัทร รุ่งเนย
จริยา ชื่นศิริมงคล พรทิวา เฉลิมวิภาส

ส
า
ร
บ
ย



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2561 Vol.29 No.1 January - June 2018

หน้า

รายงานการวิจัย

- ความสุขของนักศึกษาและบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุข
สุชาดา นัฒวัฒนากุล ชดช้อย วัฒนะ พุฒตาล มีสรรพวงศ์
บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์ 138
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
พิมพ์กมล ทอทราย แสงทอง ชีระทองคำ นพวรรณ เปียชื่อ
กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ 148
- พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันและแก้ไขโรคฟันผุในเด็กอายุ 8-12 ปี
โรงเรียนบ้านทุ่งม่วง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี
จิราภา ศรีทำโอ บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์ คณิศร เจริญกิจ 159
- การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอยะลุง จังหวัดจันทบุรี
อารีรัตน์ วิเชียรประภา ขนิษฐา เมฆมกล กรรณการ์ แซ่ตั้ง
เกษณี พรหมอินทร์ สมลักษณ์ ศรีวิริญ 170

บทความวิชาการ

- การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย
ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์ 185
- ตำรับยาที่มีข้าวตำทำยาของชาวช่องเป็นเภสัชวัตถุ: สำหรับแพทย์แผนไทย
เจตน์จรรย์ อาจไธสง อาจัน สว่างชัย นันทวัน ใจกล้า
คำรณ วังศรี 194
- การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล
ปรานิต จงพินธนิมิตร 204
- การสอนแบบโครงงานเป็นฐาน: การประยุกต์สู่การปฏิบัติในการจัดการศึกษาพยาบาล
ศศิโสภิต แพงศรี 215
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
ขวัญสุรีย์ อภิจันทร์เมธากุล สุวรรณ สร้อยสงค์ บุกริน เอียวสิหยก 223

บทความพิเศษ

- พยาบาล.... วิชาชีพที่ฉันหลงรัก
แพรวพลอย พานเพ็ชร 239

ส

า

ร

บ

ญ

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการศึกษาพยาบาล สำหรับบทความวิชาการได้นำเสนอสาระเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย การบริหารความเสี่ยง การสอนแบบโครงงานเป็นฐาน และการพยาบาลผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ส่วนบทความพิเศษนั้นเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล คณะผู้จัดทำวารสารฯ มุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่าง ๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารฯ ตระหนักดีว่าองค์ความรู้ในด้านต่าง ๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฯ ฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฯ ฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอในสาระหลักเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข ดังนั้น หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษในวารสารฯ ขอให้ท่านส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการตามคำแนะนำที่อยู่ด้านท้ายของวารสารฯ ฉบับนี้

คณิศร เจริญกิจ

บรรณาธิการ

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 *

The Effects of Supportive Group Psychotherapy on Self-esteem and Depression of Persons with Type 2 Diabetes *

ไข่มุก ไชยเจริญ, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) **

Khaimook Chaicharoen, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) **

ชนัดดา แบนเกษร, พ.ด. (วิทยาศาสตร์การแพทย์) ***

Chanudda Nabkasorn, Ph.D. (Medical Science) ***

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, พ.ด. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) ****

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Mental Health and Psychiatric Nursing) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังจันทร์ จังหวัดระยอง จำนวน 24 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่น .84 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 14 กันยายน ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ independent *t*-test, two-way repeated measure ANOVA และ repeated measure ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 23.560, p < .001$ และ $F = 38.920, p < .001$ ตามลำดับ) 2) ระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 42.420, p < .001$ และ $F = 63.460, p < .001$ ตามลำดับ) และ 3) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า แต่ระยะแตกต่างกัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** มหบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรนำรูปแบบของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคองนี้ไปใช้ เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: กลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of supportive group psychotherapy on self-esteem and depression of persons with type 2 diabetes. The samples consisted of 24 persons with type 2 diabetes receiving services at diabetic clinic, out patient department, Wangchan Hospital, Rayong Province and were equally divided into an experimental group ($n = 12$) and a control group ($n = 12$). The research instruments included supportive group psychotherapy, a questionnaire of demographic data, the Self-esteem Inventory with the reliability of .83, and Beck Depression Inventory with the reliability of .84. The implementation and data collection were conducted from September 14 to November 30, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, independent t -test, two-way repeated measure ANOVA, and repeated measure ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni.

The research results revealed that: 1) at post-test stage, the experimental group had statistically significant higher mean score of self-esteem and lower mean score of depression than the control group ($F = 23.560, p < .001$ and $F = 38.920, p < .001$, respectively); 2) at 1-month follow-up stage, the experimental group had statistically significant higher mean score of self-esteem and lower mean score of depression than the control group ($F = 42.420, p < .001$ and $F = 63.460, p < .001$, respectively); and 3) in the experimental group, the mean scores of self-esteem and depression at pre-test stage, post-test stage, and 1-month follow-up stage were statistically significantly different ($p < .001$).

This research suggested that health care providers should apply this supportive group psychotherapy to enhance self-esteem and reduce depression among persons with type 2 diabetes.

Keywords: Supportive group psychotherapy, Self-esteem, Depression, Persons with type 2 diabetes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โรคเบาหวานที่พบส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณร้อยละ 90-95 (American Diabetes Association: ADA, 2011) โรคเบาหวานถือเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ประชากรไทยผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 มีจำนวน 6,855 คน 7,625 คน และ 7,749 คน ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องใช้เวลาในการรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเพื่อประคับประคองอาการไม่ให้รุนแรงขึ้นจนเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะไตวาย กล้ามเนื้อหัวใจตาย การเจ็บป่วยที่เรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546) หากผู้เป็นเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือต้องรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวล (ประครอง อินทรสมบัติ, 2536) ซึ่งความเครียดส่งผลให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนอง โดยกระตุ้นการทำงานของระบบ hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis (HPA axis) ทำให้หลั่งสาร corticotrophin releasing factor (CRF) เพิ่มขึ้น นำไปสู่ภาวะที่ระดับของคอร์ติซอล (cortisol) สูงกว่าปกติในระบบไหลเวียน ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และยังไปขัดขวางการทำงานของอินซูลิน นำไปสู่การเกิดภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994) นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานและเรื้อรังจะทำให้สารสื่อประสาทนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโตนิน (serotonin) ปรับตัวลดลง เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (ชนิดดา แบนเกษร, 2549; มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

เมื่อผู้เป็นเบาหวานทำงานหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่เหมือนเดิม ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิด

ความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ มีคุณค่าในตนเองลดลง และมีความสุข นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) ซึ่งภาวะซึมเศร้าถือเป็นความผิดปกติด้านอารมณ์ที่พบได้บ่อย เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง แม้ว่าจะได้รับการรักษาแต่อาจมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ จากการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (วรทยา ทัดหล่อ, 2554) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกยอมรับนับถือตนเองและรับรู้คุณค่าของตนเอง (Rosenberg, 1965) ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองจะเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย มีความปลอดภัย ได้รับความรัก ความเป็นเจ้าของ บุคคลจะรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ และต้องการแสดงความสามารถต่างๆ ที่มีอยู่ ซึ่งเป็นความสามารถบางอย่างเพื่อให้ตนเองพอใจ (Gibson, 1980) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็เบาหวานต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ความมั่นใจในความสามารถลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงต่ำลง (Primomo, Yates, & Woods, 1990) ดังนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้เป็นเบาหวานจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ปัจจุบันมีการพัฒนาโปรแกรมที่หลากหลายในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งการบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้รูปแบบกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้เพิ่มขึ้น และลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ (สดดา พลกะชา, 2554; เกสร มุ้ยจีน, มรรยาท รุจิวิชชญ์, และชมชื่น สมประเสริฐ, 2555) และยังเป็นวิธีการบำบัดรักษารูปแบบหนึ่งของการให้การรักษาสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตทุกประเภท แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

ตามแนวคิดของ Yalom (1995) ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ้วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะติดตามผล 1 เดือน
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

2. ระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

3. ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และหลักการ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้ (here and now)” โดยผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยในการพัฒนาและดำเนินกลุ่ม กระบวนการกลุ่มส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัด (therapeutic factors) ทำให้สมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดการเรียนรู้ที่จะปรับตัวและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาในปัจจุบันของตน ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง และวางเป้าหมายในชีวิต เพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีของตนเองต่อไป นำไปสู่การเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่ม (initiating phase)

ครั้งที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ

ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน (working phase)

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการสำรวจตนเอง

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการมองชีวิตอย่างมีคุณค่า ตระหนักรู้ในตนเอง

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการตระหนักถึงความสามารถ การดูแลสุขภาพ
กับภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการตระหนักว่ายังมีคนคอยห่วงใย มีความสำคัญ

ครั้งที่ 6 กิจกรรมการจัดการกับอารมณ์ทางลบ

ครั้งที่ 7 กิจกรรมการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม (terminal phase)

ครั้งที่ 8 กิจกรรมสัญญาใจ

ความรู้สึกมีคุณค่า
ในตนเอง

ภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups, pretest-posttest and follow-up design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 08-06-2558)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังจันทร์ จังหวัดระยอง ในปี พ.ศ. 2558 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นเพศชายหรือเพศหญิง 2) มีอายุอยู่ในช่วง 25-59 ปี 3) ไม่มีโรคร่วม 4) พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง 5) สามารถพูด ฟัง และอ่านภาษาไทยได้ 6) ไม่เคยเข้าร่วมการบำบัดแบบกลุ่มมาก่อน 7) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory IA: BDI-IA) ปี ค.ศ. 1967 อยู่ในช่วง 10-19

คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง) 8) ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า และ 9) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มั่นใจว่าไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามที่กำหนด สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองได้ต่อไป ได้แก่ 1.1 มีอาการทางกายเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 1.2 มีอาการทางจิตเฉียบพลัน เช่น อารมณ์แปรปรวน อารมณ์เศร้า หรืออารมณ์รุนแรงจนก่อกวนผิดปกติ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และ 3) ขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองของ Yalom (1995) ที่ว่าควรมีสมาชิก จำนวน 8-12 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลาก ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 24 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่ม (initiating phase) มีกิจกรรม 1 ครั้ง คือ กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ

ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน (working phase) มีกิจกรรม 6 ครั้ง ได้แก่ 1) กิจกรรมการสำรวจตนเอง 2) กิจกรรมการมองชีวิตอย่างมีคุณค่าตระหนักรู้ในตนเอง 3) กิจกรรมการตระหนักถึงความสามารถ การดูแลสุขภาพ กับภาวะซึมเศร้า 4) กิจกรรมการตระหนักว่ายังมีคนคอยห่วงใย มีความสำคัญ 5) กิจกรรมการจัดการกับอารมณ์ทางลบ และ 6) กิจกรรมการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม (terminal phase) มีกิจกรรม 1 ครั้ง คือ กิจกรรมสัญญาใจ

ทั้งนี้ โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าความสอดคล้องของความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ (inter-rater opinion) เท่ากับร้อยละ 80 และนำไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบุตร บทบาทในครอบครัว รายได้ และความเพียงพอของรายได้ จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ฟ่องศรี ศรีมรกต (2536) แปลมาจากแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า

4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ น้อย ค่อนข้างน้อย ปานกลาง และมาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-50 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อยหมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และคะแนนรวมมากหมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง นำไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังจันทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory IA: BDI-IA) ปี ค.ศ. 1967 ซึ่งแปลและทดลองใช้โดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-63 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อยหมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และคะแนนรวมมากหมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก นำไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังจันทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .84

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวังจันทร์ จากนั้นสัปดาห์หน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาผู้มีภาวะซึมเศร้า โดยให้ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวม

ข้อมูล สังเกตและบันทึกพฤติกรรม รวมถึงปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองแต่ละครั้ง ทั้งนี้ ผู้ช่วยผู้วิจัยได้ทดลองฝึกการสังเกตและบันทึกในการทำกลุ่มจิตบำบัดฯ ร่วมกับผู้วิจัย 2 ครั้ง

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองในวันจันทร์ และพบกลุ่มควบคุมในวันพุธ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมแล้วให้ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาตอบ 20-25 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 1-8 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมทุกวันจันทร์ เวลา 13.00-14.30 น. สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ณ คลินิกพิเศษและให้บริการปรึกษาโรงพยาบาลวังจันทร์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยทีมสุขภาพของคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังจันทร์

5. ในสัปดาห์ที่ 8 วันจันทร์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test) โดยให้เวลาตอบ 15-20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ทำแบบประเมินดังกล่าวในวันพุธ

6. ในสัปดาห์ที่ 12 วันจันทร์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะติดตามผล 1 เดือน (follow-up) โดยให้เวลาตอบ 15-20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ทำแบบประเมินดังกล่าวในวันพุธ

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 14 กันยายน ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 เมื่อเสร็จสิ้นระยะติดตามผล 1 เดือน และวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ตามความสนใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมและระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measure ANOVA ส่วนการเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.70 และ 58.30 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 83.30 และ 91.70 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.30 และ 72.70 ตามลำดับ มีอาชีพเกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และ 41.70 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 6 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.30 เท่ากัน มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.70 และ 50 ตามลำดับ มีจำนวนบุตร 2 คนขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.70 และ 58.30 ตามลำดับ บทบาทในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.30 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีรายได้ในช่วง 1-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 83.30 และ 75 ตามลำดับ และรายได้มีความเพียงพอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.30 เท่ากัน เมื่อเปรียบเทียบ

ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าระยะก่อน การทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง 27.67 (SD = 3.37), 33.83 (SD = 3.51) และ 36.17 (SD = 3.64) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 27.92 (SD = 3.20), 27 (SD = 3.38) และ 26 (SD = 4) ตามลำดับ

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล

1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 15.25 (SD = 2.93), 7.17 (SD = 3.27) และ 5.25 (SD = 4) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 15.17 (SD = 2.25), 15.08 (SD = 2.94) และ 16.58 (SD = 2.88) ตามลำดับ

4. การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	SD	<i>t</i>	<i>p</i>
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
กลุ่มทดลอง	12	27.67	3.37	.186	.854
กลุ่มควบคุม	12	27.92	3.20		
ภาวะซึมเศร้า					
กลุ่มทดลอง	12	15.25	2.93	.078	.938
กลุ่มควบคุม	12	15.17	2.50		

5. การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และระหว่างระยะก่อน การทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผล 1 เดือน

5.1 ผลการวิจัยพบว่าวิธีการทดลองกับระยะ เวลาที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของผู้เป็น เบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	561.13	1	561.13	18.880	< .001
ความคลาดเคลื่อน	653.86	22	29.72		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	145.36	2	93.89	19.140	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	339.58	2	219.34	44.720	< .001
ความคลาดเคลื่อน	167.06	44	4.91		
ภาวะซึมเศร้า					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	734.72	1	734.72	33.290	< .001
ความคลาดเคลื่อน	485.44	22	22.07		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	281.08	2	247.64	42.880	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	412.03	2	362.00	62.850	< .001
ความคลาดเคลื่อน	144.22	44	5.78		

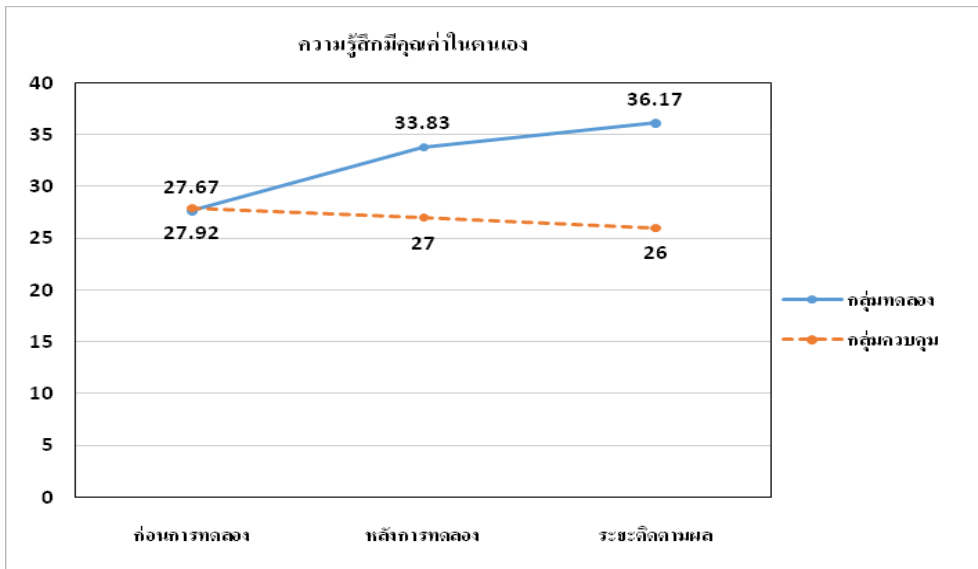
5.2 ผลการวิจัยพบว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 23.560, p < .001$ และ $F = 38.920, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

5.3 ผลการวิจัยพบว่าระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 42.420, p < .001$ และ $F = 63.460, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

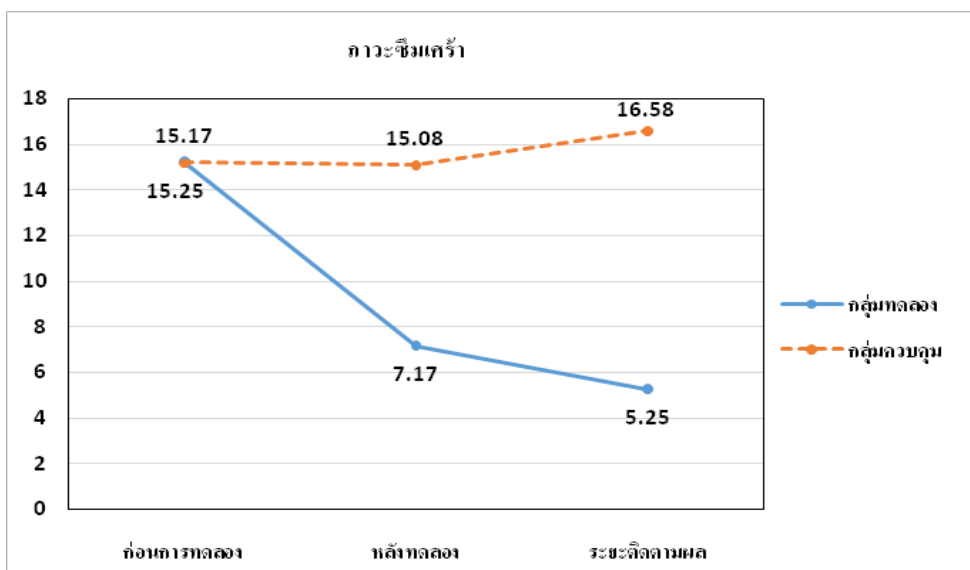
ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที					
ระหว่างกลุ่ม	280.17	1	280.17	23.560	< .001
ภายในกลุ่ม	261.67	22	11.89		
ระยะติดตามผล 1 เดือน					
ระหว่างกลุ่ม	620.17	1	620.17	42.420	< .001
ภายในกลุ่ม	321.67	22	14.62		
ภาวะซึมเศร้า					
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที					
ระหว่างกลุ่ม	376.04	1	376.04	38.920	< .001
ภายในกลุ่ม	212.58	22	9.66		
ระยะติดตามผล 1 เดือน					
ระหว่างกลุ่ม	770.67	1	770.67	63.460	< .001
ภายในกลุ่ม	267.17	22	12.14		

การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลา ต่อการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงในภาพที่ 1 และภาพที่ 2 ตามลำดับ



ภาพที่ 1 การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลา ต่อการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2



ภาพที่ 2 การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลา ต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

6. การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า แต่ละระยะ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อทดสอบ ความแตกต่างรายคู่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึก

มีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดง ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ช่วงเวลา	$\bar{X}$ (SD)	mean difference (MD)		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองฯ	ติดตามผล 1 เดือน
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง				
ก่อนการทดลอง	27.67 (3.37)	-	6.16 **	8.50 **
หลังการทดลองฯ	33.83 (3.51)	-	-	2.34 *
ติดตามผล 1 เดือน	36.17 (3.64)	-	-	-
ภาวะซึมเศร้า				
ก่อนการทดลอง	15.25 (2.93)	-	8.08 **	10.00 **
หลังการทดลองฯ	7.17 (3.27)	-	-	1.92 *
ติดตามผล 1 เดือน	5.25 (4.00)	-	-	-

* $p < .01$, ** $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะ ติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึก

มีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะ ติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองที่ใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการทำ

กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองของ Yalom (1995) โดยเน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและหลักการ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้ (here and now)” โดยจุดมุ่งหมายของการบำบัดครั้งนี้คือ การที่สมาชิกเกิดการเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปรับเปลี่ยนอารมณ์ พฤติกรรมและโครงสร้างทางบุคลิกภาพ โดยผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยให้เกิดพัฒนาการและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม และในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้นำกลุ่มได้ใช้เทคนิคการทำกลุ่มโดยคำนึงถึงกระแสกลุ่มในช่วงนั้นๆ ทำให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปได้อย่างมีขั้นตอน และบรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในแต่ละครั้ง

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วางแผนและดำเนินการทำกลุ่มตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบด้วยการทำกลุ่มทั้งสิ้น 8 ครั้ง ครั้งละประมาณ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยเริ่มตั้งแต่การฝึกครั้งที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่ม กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ สมาชิกกลุ่มได้สร้างสัมพันธภาพ มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เกิดความไว้วางใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ซึ่งทำให้สมาชิกรู้สึกว่ามีส่วนร่วมและเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมกลุ่ม เกิดปัจจัยบำบัดได้แก่ ความเป็นสากล (universality) สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนไม่ได้เกิดกับตนเพียงคนเดียว แต่สมาชิกคนอื่นก็มีปัญหาล้ายกัน สมาชิกมีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เกิดปัจจัยบำบัดความเป็นปึกแผ่น (group cohesiveness) ส่งผลให้ในระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นปึกแผ่น โดยผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกเห็นถึงพฤติกรรมและการแสดงออกของตน ภายใต้อารมณ์ของกลุ่มที่ให้การยอมรับกัน มีความอบอุ่น ประคับประคองจิตใจกัน ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มไว้วางใจในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้เพื่อแก้ไขพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่เหมาะสม และรับรู้ถึงความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ดังในกิจกรรมครั้งที่ 4 สมาชิกตระหนักถึงความสามารถ การดูแลสุขภาพ

กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น โดยบอกได้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน ดังตัวอย่างที่สมาชิกได้กล่าวถึง เช่น สมาชิกกลุ่มคนที่ 1 “ผมคิดว่าจะเลิกกินเหล้าให้ได้ ออกพรรษาแล้วผมก็จะเลิกต่อ” และสมาชิกกลุ่มคนที่ 3 “ไม่คิดจะฆ่าตัวตายแล้ว จะพยายามทำทุกอย่างให้ดีที่สุด” สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ความเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นเหตุเกี่ยวข้องกับการเกิดและการดำรงอยู่ของภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัญหาอยู่ขณะนั้น และเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ซึ่งทำให้อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้น (คลฤดี เพชรสุวรรณ, 2548) และในระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม กิจกรรมครั้งที่ 8 กิจกรรมสัญญาใจ เป็นกิจกรรมสิ้นสุดโปรแกรม สมาชิกได้บอกถึงประโยชน์ในการเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองครั้งนี้ ที่ช่วยทำให้สมาชิกกลุ่มมีกำลังใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น สมาชิกกลุ่มคนที่ 2 “คนเราไม่มีใครทุกข์กว่าใคร ทุกคนต่างก็มีปัญหาได้เหมือนกัน การได้เห็นคนที่เค้าลำบากกว่าเรา ทุกข์กว่าเรา เค้ายังมีชีวิตอยู่ได้ เราแค่เป็นเบาหวาน ไม่ได้พิการอะไร เพราะฉะนั้นเราต้องสู้ต่อไปให้ได้”

จากการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทั้ง 8 ครั้งนี้ ผู้ช่วยผู้วิจัยได้บันทึกปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง พบว่ามีปัจจัยบำบัดเกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่คาดการณ์ไว้ สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนข้อมูลในการปฏิบัติการดูแลตนเองร่วมกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มพัฒนาความไว้วางใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่ม เป็นสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวของสมาชิกกลุ่ม จึงทำให้สมาชิกได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขสถานการณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไปในทางที่เหมาะสม และยังเกิดปัจจัยการเรียนรู้สัจธรรมในชีวิต (existential) และเกิดปัจจัยบำบัดการเพาะความหวัง (instillation of hope) ขึ้น ซึ่งปัจจัยบำบัดต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มสามารถประเมินคุณค่าและความสามารถของตนเอง (self-evaluation) ได้มากขึ้น มีทัศนคติต่อตนเองในทางบวก ตระหนักถึงคุณค่าตนเองและเคารพ

ตนเอง (self-respect) คิดว่าตนเองมีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น เกิดความพึงพอใจในตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965) ที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งได้เรียนรู้ในการแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาที่ทำให้เกิด ภาวะซึมเศร้า (Sullivan, 1953 cited in Antai-Otong, 2003) จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง นอกจากนี้ การเข้ากลุ่ม จิตบำบัดแบบประคับประคองยังทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับการสนับสนุน ได้รับกำลังใจ เรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหา ในปัจจุบันของตน ปรับเปลี่ยนความรู้สึกต่อตัวเอง เห็นความสำคัญและค่าของตนเอง และยังตระหนัก ถึงความสามารถของตนในการวางแผนชีวิต เพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีของตนเองต่อไป

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่กระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองนั้น สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งสิ้น 8 ครั้ง โดยในแต่ละครั้ง สมาชิกกลุ่มสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้ให้ความรู้ หรือจัดกระทำการทำกลุ่มบำบัดด้วยวิธีการอื่นๆ แต่อย่างไร ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน สมาชิกกลุ่ม ยังสามารถนำความรู้และประสบการณ์ในการเข้ากลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคองครั้งนี้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลมากขึ้น จึงทำให้ระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอลดา พลคชา (2554) ที่ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ ยาลอมต่อการเพิ่มคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นชายที่เสี่ยงต่อ การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มบำบัดฯ ทำให้ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นชายสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับ การศึกษาของชลิตา วามะลุน, จิรัชกูร ญัฐรังสี, พัทธนิ

เทพาอภิรักษ์, และศิริลักษณ์ เกยวิจิตร (2551) ที่ศึกษา การเสริมสร้างความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้าในศูนย์มะเร็งแห่งหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom ในการเสริมสร้างความหวังและความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเกสร มุ้ยจีน และคณะ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อระดับความซึมเศร้า ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนน ความซึมเศร้า และค่าเฉลี่ย EMG ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อฯ และการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชที่ผ่านการอบรมการฝึกปฏิบัติการทำกลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคอง สามารถนำรูปแบบของการทำกลุ่ม จิตบำบัดแบบประคับประคองในครั้งนี้ไปใช้ในการดูแล ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

1.2 คณะจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไป สอดแทรกในเนื้อหาการเรียนการสอนให้กับนักศึกษา ระดับบัณฑิตศึกษาในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลด ภาวะซึมเศร้าให้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและ ภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีจำนวนมากขึ้น และควรติดตามความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองและภาวะซึมเศร้าในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน

หรือ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลด้านความคงอยู่ของโปรแกรมฯ

เอกสารอ้างอิง

เกสร มัยจิน, มรรยาท รุจิวิษณุ, และชมชื่น สมประเสริฐ. (2555). ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 19-34.

ชนัดดา แบนเกษร. (2549). *เอกสารประกอบการสอน เรื่อง พยาธิสรีรวิทยาและเภสัชวิทยาเพื่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง*. ชลบุรี: ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชลียา วามะลุน, จิรกร ญัฐรังสี, พชนี เทพอาภรณ์, และศิริลักษณ์ เสงวิจิตร. (2551). การเสริมสร้างความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า: กรณีศึกษาศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี. *วารสารโรคมะเร็ง*, 28(2), 55-63.

ดลฤดี เพชรสุวรรณ. (2548). *Depressive disorder: Etiology and clinical feature*. สืบค้น 24 มกราคม 2558, จาก <http://www.ramamenthal.com/topics/int494.pdf>

ประคอง อินทรสมบัติ. (2536). แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 13(4), 14-22.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาวนา กิริยุดวงศ์. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พี. เพรส.

มานิช หล่อตระกูล. (2550). *เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: วิสุทธิการพิมพ์.

ลลดา พลกะชา. (2554). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของยาลอมต่อการเพิ่มคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นชายที่เสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิรัช ทัดหล่อ. (2554). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

สมภพ เรืองตระกูล. (2547). *ความเครียดและอาการทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สืบค้น 24 มกราคม 2558, จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>

American Diabetes Association (ADA). (2011). *Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. Retrieved January 24, 2015, from http://www.care.diabetesjournals.org/content/27/suppl_1/s5.full.pdf

Antai-Otong, D. (2003). *Psychiatric nursing: Biological & behavioral Concepts*. New York: Thomson Delmar Learning.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.

Gibson, J. T. (1980). *Psychology for the classroom* (2nd ed.). Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.

- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (7th ed.). Maryland: Williams & Wilkins.
- Primomo, J., Yates, B. C., & Woods, N. F. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing & Health*, 13(3), 153-161.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Book.
-

การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง ในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง Self-management for Preventing Peritonitis at Least 18 Months in Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)

ชวนชม พืชพันธุ์ไพศาล, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) *

Chuanchom Peaschpunpisal, M.N.S. (Gerontological Nursing) *

ยศพล เทลิ่งโสมนภา, ปส.ค. (วิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) *

Yosapon Leangsomnapa, Ph.D. (Research and Statistic in Cognitive Science) *

รัชสุรีย์ จันทเพชร, วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) *

Rutsure Chanthapech, M.Sc. (Medical and Surgical Nursing) *

ศศิโสภิต แผงศรี, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) **

Sasisopit Pangsree, M.N.S. (Adult Nursing) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา เพื่อศึกษาการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี และไม่มีการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน จำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยตัวคณะผู้วิจัยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง และเทปบันทึกเสียง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการสรุปแนวคิดสำคัญ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมในการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือคำสอนของบุคลากรทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนล้างไตทางช่องท้อง การล้างไตอย่างถูกต้องตามวิธีการ การไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ หรืออาหารหมักดอง และพบว่าการจัดการจากครอบครัวเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ โดยผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลในการอำนวยความสะดวก ทั้งการจัดเตรียมสภาพแวดล้อม ห้องที่ใช้ในการล้างไตทางช่องท้อง และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการล้างไต ให้มีความสะอาด ปราศจากเชื้อ โดยปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้องได้เป็นระยะเวลานานกว่า 18 เดือน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรรนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลตั้งต้นในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องของคลินิกไตวาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง และนักวิจัยควรพัฒนาแบบสอบถามการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง โดยนำผลการวิจัยที่ได้ไปสร้างข้อคำถาม

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง การล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง

Abstract

This qualitative descriptive research was designed to explore self-management for preventing peritonitis at least 18 months in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Participants were 10 chronic kidney disease patients who have had CAPD without peritonitis at least 18 months. All participants have received treatment from Prapokkiao Hospital, Chanthaburi Province. Research tools consisted of the researchers, an interview guide of demographic data, an interview guide of self-management for preventing peritonitis in patients with CAPD, and a recorder. Data were collected by in-depth interview technique from January to May, 2016. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and thematic analysis.

The research results found that all participants had good individual self-management for continuous ambulatory peritoneal dialysis. These participants intended to continuously implement peritoneal dialysis procedure based on the suggestions of health care teams in terms of preparing equipment before doing peritoneal dialysis, accurately doing the procedure of peritoneal dialysis, and avoiding half-cooked food. In addition, family-management was key another factor. All participants receive family support to set up proper general environment and peritoneal dialysis room as well as prepare clean equipment for dialysis. All factors accounted for the success of self-management and the disappearance of the peritonitis for at least 18 months among patients with CAPD in this research.

This research suggested that health care providers should use this research results to develop a quality plan to prevent peritonitis for patients with CAPD in any CKD clinic. In addition, researchers should develop a questionnaire of self-management for preventing peritonitis in CAPD patients by using this research results to create items.

Keywords: Chronic kidney disease, Continuous ambulatory peritoneal dialysis, Peritonitis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การเกิดโรคไตวายเรื้อรังในประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ดังจะเห็นได้จากข้อมูลรายงานความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตสูงถึง 4,308 ราย หรือคิดเป็น 68.34 รายต่อล้านประชากร ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3,410 ราย หรือคิดเป็น 54.10 รายต่อล้านประชากร และการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง 528 ราย หรือคิดเป็น 8.37 รายต่อล้านประชากร และข้อมูลรายงานในปี พ.ศ. 2554 แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตสูงเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า กล่าวคือมีความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 14,555 ราย หรือคิดเป็น 227.42 รายต่อล้านประชากร ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 7,901 ราย หรือคิดเป็น 123.45 รายต่อล้านประชากร และการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง 6,252 ราย หรือคิดเป็น 97.68 รายต่อล้านประชากร (Praditpornsilpa, 2011)

จากข้อมูลข้างต้น หากพิจารณาเฉพาะการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง จะเห็นว่ามีสถิติเพิ่มขึ้นมากกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากจำนวนผู้ป่วยไตวายที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับการมีนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2551 ให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกรายสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องเป็นวิธีการแรกโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) โดยระบบสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับน้ำยาล้างไตทางช่องท้องเฉลี่ย 30,000 บาทต่อคนต่อเดือน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามเจตนารมณ์ของสิทธิของผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถทำการล้างไตทางช่องท้องได้ด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้ลดค่าใช้จ่ายทางสังคมตามมา

อย่างไรก็ตาม การล้างไตทางช่องท้องมีภาวะแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกับการบำบัดทดแทนไตวิธีอื่น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดทดแทนไตทางช่องท้อง

ที่พบบ่อยจนต้องเปลี่ยนไปบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีอื่น คือ การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง (peritonitis) โดยสาเหตุของการติดเชื้อเยื่อช่องท้องเกิดจากการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนสายต่อท่อล้างไต (transfer set) หรือขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา จากเทคนิคที่ไม่ถูกต้องหรืออุปกรณ์ในการเปลี่ยนถ่ายชำรุด รวมทั้งการไม่รักษาความสะอาดขณะทำการล้างไต (กิตติมา จันทรโอ และสุจิตา โดพันธ์านนท์, 2551) ทำให้ผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 ต้องเปลี่ยนมาฟอกเลือดแทน (ศิริลักษณ์ อนันต์จันศิริ, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องในช่วงปี 2551-2554 มีการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง คิดเป็น 14 คน/17 ครั้ง, 35 คน/40 ครั้ง, 52 คน/65 ครั้ง และ 42 คน/63 ครั้ง ตามลำดับ (พินดา เทียมจรรยา, ชมนาด วรรณพรศิริ, และดวงพร หุ่นตระกูล, 2554) ดังนั้น สถานบริการสุขภาพต่างๆ จึงควรจัดรูปแบบบริการเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้องได้ง่าย ซึ่งสมาคมล้างไตทางช่องท้องโลก (International Society for Peritonitis Dialysis: ISPD) กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำที่ยอมรับได้คือ หน่วยงานต้องมีอัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้องไม่เกิน 1 ครั้ง ในทุก 18 เดือน (Li et al., 2010) ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องและไม่มีการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในระยะเวลา 18 เดือน เป็นอย่างน้อย จึงเป็นผู้ที่น่าจะมีวิธีการดูแลตนเองที่ดี และจากข้อมูลของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่ไม่มีการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน จำนวน 14 คน ดังนั้น การศึกษาหาข้อมูลวิธีปฏิบัติตนที่ทำให้ไม่เกิดอุบัติเหตุดังกล่าวในประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญต่อการแสดงการกระทำที่เหมาะสมของบุคคล จนนำมาซึ่งการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี รวมถึงสถานะทางสุขภาพ (health status) คุณภาพชีวิต และต้นทุนการดูแลสุขภาพ (Ryan & Sawin, 2009) การจัดการตนเองเป็นชุดของการมีพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่บุคคลหรือครอบครัว

แสดงออกเพื่อจัดการกับเงื่อนไขต่าง ๆ ที่จะทำให้สุขภาพที่ดีอยู่แล้วคงอยู่ หรือสุขภาพที่ไม่ดีนั้นดีขึ้น (Grey, Knafl, & McCorkle, 2006) จึงมีผู้นิยมนำมาเป็นตัวแปรในการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และเกิดการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้น หากส่งเสริมให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมย่อมทำให้ไม่ติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม การจัดการตนเองเพื่อลดการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องย่อมมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการจัดการตนเองจะเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะเฉพาะหรือวิถีชีวิตของบุคคล (personal lifestyle) สถานะทางสุขภาพ แหล่งสนับสนุน (resources) สภาพแวดล้อม (environment) และระบบการดูแลสุขภาพ (health care system) (Grey, Schulman-Green, Knafl, & Reynolds, 2015) การทราบแนวทางการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องปฏิบัติอยู่และไม่เกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน จึงเป็นสิ่งน่าสนใจอย่างยิ่ง จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบรายงานการศึกษาในประเทศนี้ พบเพียงการศึกษาการจัดการตนเองที่เป็นการศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง และการศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Su, Lu, Chen, & Wang, 2009; Varitsakul, Sindhu, Sriyuktasuth, Viwatwongkasem, & Dennison Himmelfarb, 2013) การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการวิจัยขั้นแรกในประเทศไทยที่ศึกษาวิธีการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในกลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลของบุคคลต้นแบบที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และเป็นข้อมูลตั้งต้นในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องให้ดียิ่งขึ้น เพื่อลดปัญหาการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง ความล้มเหลว

จากการรักษาค่าใช้จ่ายจากภาวะแทรกซ้อน รวมถึงพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง โดยประยุกต์จากแนวคิดของ Creer (2000) ทั้งนี้ การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องที่ปฏิบัติเพื่อให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ซึ่งประเมินด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (qualitative descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 057)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี มีชื่อในทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ปี พ.ศ. 2558 และไม่มีติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน จำนวน 14 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ มีอาการที่แสดงโอกาสในการเกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์ เช่น ปวดท้อง มีไข้ และขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการของการวิจัยเชิงคุณภาพคือ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 10 คน

สำหรับสาเหตุที่การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี เนื่องจากการลำไยทางช่องท้องต่อเนื่องในประเทศไทยมีความเป็นมาตรฐานแบบเดียวกันทั้งวิธีการและอุปกรณ์การล้าง ตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยเป็นบุคลากรด้านการศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในจังหวัดจันทบุรี สามารถติดต่อประสานงานเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและไม่มีการติดเชื้อเยื่อหุ้มท้องในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน จากหน่วยงานในพื้นที่ได้ รวมถึงมีความเป็นไปได้จริงในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วย ณ บ้านของผู้ป่วยแต่ละคนได้

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

1. ตัวคณะผู้วิจัย
2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และผู้ปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ
3. แบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผลการกระทำ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ
4. เทปบันทึกเสียง ใช้สำหรับบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในการขอรายชื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี ได้รับการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง และไม่มี การติดเชื้อเยื่อหุ้มท้องในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน จากนั้นคณะผู้วิจัยประชุมร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ โทรศัพท์ถึงผู้ป่วย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก

โดยขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คณะผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาในการสัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการสัมภาษณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและจดบันทึก โดยใช้เวลาประมาณ 50-60 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแบบคำต่อคำ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลการจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วยการสรุปแนวคิดสำคัญ (thematic analysis) ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการสรุปแนวคิดสำคัญนั้น ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การอ่านและอ่านซ้ำข้อมูล การกำหนดรหัสข้อมูล การจัดกลุ่มข้อมูล การตรวจสอบกลุ่มข้อมูลที่จัดแบ่งแล้ว และการกำหนดแนวคิดหลักของข้อมูล (Braun & Clarke, 2006)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุน้อยที่สุด 25 ปี และมากที่สุด 73 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 49.30 ปี (SD = 15.56) มีระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องน้อยที่สุด 2 ปี และมากที่สุด 7 ปี ทุกคนอาศัยอยู่กับญาติหรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 100 ทุกคนเป็นผู้ปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องในทุกขั้นตอน โดยมีญาติผู้ดูแลเป็นผู้สนับสนุนในการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมใช้ คิดเป็นร้อยละ 100
2. การจัดการตนเองในการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มท้องของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับ

ขั้นตอนต่าง ๆ ในการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง สรุปสาระสำคัญของการจัดการตนเองได้ดังนี้

2.1 การดูแลความสะอาดที่ตัวผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่ใช้ในการล้างไตทางช่องท้อง

2.1.1 การเตรียมความพร้อมก่อนล้างไต

1) ความสะอาดที่ตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกคนเห็นความสำคัญในการรักษาความสะอาดของร่างกาย การอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ที่สำคัญคือ การล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการล้างไต โดยพบว่าผู้ป่วย 9 คน มีการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ และมีผู้ป่วย 3 คน ที่เน้นการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์และเห็นความสำคัญของการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เป็นอย่างมาก ดังตัวอย่าง

“คือมือต้องสะอาด ใช้แอลกอฮอล์ ผมจะมีแอลกอฮอล์ เพราะมันจะให้แอลกอฮอล์เยอะ คือมือต้องสะอาดก่อน” (อ)

นอกจากนี้ พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 1 คน ที่มีการล้างมือด้วยน้ำสะอาดเท่านั้น ไม่ได้ใช้แอลกอฮอล์ หลังล้างมือผู้ป่วยทุกคนเช็ดมือด้วยผ้าสะอาดที่เตรียมไว้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ผ้าเช็ดมือครั้งละ 1-2 ผืน ต่อการล้างไต 1 รอบ โดยมีผู้ป่วย 1 คน ที่มีการรีดผ้าเช็ดมือหลังซักเสร็จแล้ว และพับเก็บไว้ในตะกร้าอย่างเรียบร้อย ดังตัวอย่าง

“คือผมเน้นที่ความสะอาด ผ้าเช็ดมือนี่รีด คอจะรีดไว้ คอจะรีดเพราะมันจะฆ่าเชื้อตัวนี้ คอจะรีด รีดเลยทุกผืน เน้นความสะอาด” (อ)

“ผมล้างมือ 2 ครั้ง คือ ครั้งหนึ่ง แล้วก็ฟอกมือ แล้วก็ฉีดแอลกอฮอล์ ล้างครั้งแรกเพื่อเตรียมอุปกรณ์ ล้างครั้งที่สองเพื่อจะมากำกับท้อง” (อ)

นอกจากนี้ ตัวของผู้ป่วยเองก็ต้องสะอาดด้วย ผู้ป่วยบอกว่าถ้าตัวไม่สะอาดก็สามารถเป็นช่องทางนำเชื้อโรคเข้าสู่ทางแผลหน้าท้องและทำให้เกิดติดเชื้อได้ โดยผู้ป่วยทุกคนมีการผูกผ้าปิดปากและจมูกก่อนเริ่มขั้นตอนการล้างไตทุกครั้ง ดังตัวอย่าง

“ถ้าตัวเราไม่สะอาด อาจทำให้เราติดเชื้อได้” (ศ)

อีกทั้งยังต้องรักษาความสะอาดของอุปกรณ์ที่ใช้ในการล้างไต ได้แก่ ตัวหมับ ถุงใส่น้ำยา จุกปิด โดยผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าก่อนการเตรียมอุปกรณ์ ต้องเช็ดทำความสะอาดโต๊ะที่ใช้สำหรับวางอุปกรณ์ให้สะอาดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์

หลังจากนั้นใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดตัวหมับ และใช้ผ้าสะอาดเช็ดถุงน้ำยา แล้วจึงนำสิ่งของทั้งหมดที่จะใช้ในการล้างไตวางบนโต๊ะสะอาดที่เตรียมไว้ ผู้ป่วยบางคนให้ข้อมูลว่าต้องระมัดระวังไม่ให้อุปกรณ์หล่นพื้น และวางข้อต่อของสายน้ำยาล้างไตบนผ้าสะอาดเท่านั้น ดังตัวอย่าง

“ตอนการล้างไต อุปกรณ์ทุกอย่าง โตะเราต้องเช็ดให้สะอาด เครื่องมือก่อนจะล้างไตใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ เช็ดอุปกรณ์ทุกอย่าง มือต้องล้างด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ” (ศ)

2) ความสะอาดของสภาพแวดล้อม ผู้ป่วยทุกคนมีสถานที่ที่ใช้ในการล้างไตอย่างเป็นสัดส่วน จัดเตรียมโต๊ะสำหรับวางอุปกรณ์ มีอากาศถ่ายเทดี โดยพบว่าผู้ป่วย 8 คน มีพื้นที่เฉพาะที่ใช้สำหรับการล้างไต แต่ผู้ป่วย 2 คน ไม่มีพื้นที่แยกเป็นสัดส่วนในการล้างไต ดังตัวอย่าง

“ตอนการล้างไต อุปกรณ์ทุกอย่าง โตะเราต้องเช็ดให้สะอาด เครื่องมือก่อนจะล้างไตใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ อุปกรณ์ทุกอย่าง มือต้องล้างด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ก่อนจับต้องฆ่าเชื้อมาก่อน แอลกอฮอล์ฉีดหมด ฟันใส่มือ” (ศ)

“โตะที่เราเตรียมไว้เช็ดด้วยแอลกอฮอล์ แล้วก็เช็ดอุปกรณ์ แล้ววาง แต่ส่วนใหญ่ผมจะเช็ดมือบ่อย” (ข)

นอกจากนี้ บุคคลรอบข้างหรือญาติที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการล้างไตก็มีส่วนสำคัญในการช่วยป้องกันหรือควบคุมการติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วย โดยทั้งผู้ป่วยและญาติจะพยายามลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง ดังตัวอย่าง

“แล้วอย่างโยมแม่เก่าทำ ก็ใส่ผ้าปิดปากและจมูกด้วย ช่วยกันฝุ่นกัน” (พ)

2.1.2 การลงมือปฏิบัติในการล้างไต ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติการล้างไต ผู้ป่วยทุกคนเข้มงวดกับการรักษาความสะอาดในการลงมือกระทำทุกขั้นตอน ตามลำดับก่อน-หลังของกระบวนการล้างไตทางช่องท้อง และที่สำคัญผู้ป่วยจะระมัดระวังอย่างมากในการเสียบข้อต่อของสายน้ำยาเข้ากับสายล้างไตที่ช่องท้อง คือ จะต้องไม่มีการเสียบผิดพลาดเด็ดขาด เพื่อความปลอดภัยสำหรับตัวผู้ป่วยเอง โดยมีลำดับขั้นตอนในการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง ดังนี้

1) การปล่อยน้ำยาเก่าทิ้ง ในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยทุกคนสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยจะนั่งรอให้น้ำยาเก่าออกจนหมด ในขณะที่น้ำยาเก่าออกมานั้น

ผู้ป่วยก็จะมีอาการสังเกตลักษณะของน้ำยาเก่าที่ออกมาด้วยว่ามีลักษณะอย่างไร น้ำยาข้นหรือไม่ และมีการบันทึกปริมาณน้ำยาที่ออกมาว่าได้รับมาเท่าใดทุกครั้ง เพื่อประเมินการทำงานของไต

2) การปลดข้อต่อเมื่อเปลี่ยนน้ำยาล้างสาย การปลดข้อต่อเป็นอีกขั้นตอนที่มีความสำคัญ เพราะสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องได้ ผู้ป่วยจึงต้องระมัดระวังไม่ให้ข้อต่อเกิดการสัมผัสปนเปื้อนกับสิ่งสกปรก ผุ่นละอง หรือเชื้อโรค ซึ่งผู้ป่วยบางคนจะให้ความสำคัญกับการระมัดระวังในการปลดข้อต่อของสายยางที่นำน้ำยาเข้าสู่ช่องท้องเนื่องจากกลัวข้อต่อไปสัมผัสกับสิ่งอื่น ทำให้ไม่สะอาดซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องได้ ดังตัวอย่าง

“ก่อนปลดข้อต่อ จะพันแอลกอฮอล์ล้างมือให้ชุ่มก่อน แล้วค่อยเปิดหัวเปิดสายยาง ตรงนี้ต้องระวังจะติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อก็อยู่ที่หัวต่อตรงนี้กับสายต่อตรงนี้ เพราะเชื่อมั่นจะเข้าทางนี้” (อ)

3) การใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้อง การใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้องเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดส่งผลโดยตรงต่อการเกิดการติดเชื้อได้อีกเช่นกัน โดยก่อนการแขวนถุงน้ำยาที่จะใส่ทางช่องท้องนั้น ผู้ป่วยจะมีการสังเกตวันที่น้ำยาหมดอายุ ความเข้มข้นของน้ำยา และความใสของน้ำยาที่จะใช้ โดยวางถุงน้ำยาเทียบกับลายมือ หากมองเห็นลายมือชัดเจน แสดงว่าน้ำยาใสปกติ ดังตัวอย่าง

“ถ้าน้ำเกลือที่ใส่เข้าไปในช่องท้องขุ่น จะมองไม่เห็นลายมือ” (ส)

4) ระยะเวลาในการแช่น้ำยาไว้ในช่องท้อง ระยะเวลาในการแช่น้ำยาไว้ในช่องท้องมีความสำคัญต่อการควบคุมการติดเชื้อ เนื่องจากการแช่น้ำยาไว้ในช่องท้องนานเกินไปย่อมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ ซึ่งผู้ป่วยทุกคนทราบข้อมูลหรือทราบเหตุผลเกี่ยวกับระยะเวลาในการแช่น้ำยาไว้ในช่องท้อง โดยผู้ป่วยทราบว่าผลเสียของการแช่น้ำยาไว้ในช่องท้องนานเกินไปนั้น อาจนำไปสู่การติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องได้อีกเช่นกัน ดังตัวอย่าง

“ถ้าแช่น้ำไว้นานเกินไป มีสิทธิ์ที่จะทำให้ติดเชื้อได้” (ศ)

5) การอาบน้ำ ผู้ป่วยทุกคนเข้าใจถึงแนวทางในการรักษาความสะอาดแผลที่หน้าท้อง การดูแลแผลไม่ให้ติดเชื้อ โดยผู้ป่วยแต่ละคนมีเทคนิคในการอาบน้ำของตนเอง เพื่อที่จะระมัดระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ผู้ป่วยบางคนใช้ถุงพลาสติกขนาดใหญ่พันตัวขณะอาบน้ำ บางคนใช้วิธีก้มหลัง แล้วดักน้ำอาบที่ละชั้น เพื่อไม่ให้น้ำไหลถูกแผลที่หน้าท้องโดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่าถ้าแผลถูกน้ำจะทำให้แผลมีหนอง ไม่สะอาด ทำให้แผลติดเชื้อและลุกลามเข้าสู่ช่องท้องได้ ดังตัวอย่าง

“เอาถุงพลาสติกขนาดใหญ่ ตัดแบ่งครึ่งแล้วเอามาพันรอบท้อง โดยใช้พลาสติกเหนียวปิดทับด้านขอบพลาสติกให้แน่นอีกที แคน้ำก็เข้าไม่ได้ละ” (พ)

“เก็บสายยางก่อน เราพันม้วนไว้ตรงกลางท้องนี้ละ เวลาอาบใช้ฝักบัวรดไล่อย่าให้มาถึงข้างหน้า พอมาถึงข้างหน้าปุ๊บ เราใช้ผ้าเช็ดตัวปิด เราก้มเอา ถ้าจะล้างข้างหน้าเอาผ้าเช็ดตัวปิดไม่ให้หน้าไหล” (ศ)

6) การทำความสะอาดแผล การดูแลและทำความสะอาดแผลเป็นสิ่งจำเป็นเช่นเดียวกัน เนื่องจากการทำความสะอาดแผลเกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง เพราะเมื่อแผลไม่สะอาดจะเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่สามารถนำเชื้อโรคเข้าสู่ช่องท้องได้โดยตรง ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีญาติผู้ดูแลเป็นคนทำแผลให้ โดยใช้ผ้าเกลือและแอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดแผลหน้าท้องทุกวัน แต่ก็มีผู้ป่วยบางคนที่สามารถทำความสะอาดแผลได้ด้วยตนเอง ดังตัวอย่าง

“พอออกมาจากห้องน้ำ นี่ต้องทำความสะอาดแล้วเปลี่ยนทำแผลหมดเลย คือ ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือ จะไม่ใช่สำลีเป็นก้อนชุบน้ำเกลือ เพราะเราไม่รู้ว่ามีมือเราจะสะอาดหรือเปล่า ก็ต้องใช้ไม้พันสำลีแล้วเอาน้ำเกลือราดไม้พันสำลีให้เปียก แล้วจึงใช้ไม้พันสำลีนั่นเช็ดทำความสะอาดแผล” (พ)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนสามารถสังเกตและบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของลักษณะแผลที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อได้ ซึ่งเมื่อพบลักษณะของแผลดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาในเบื้องต้นได้ ดังตัวอย่าง

“เคยมีประสบการณ์ว่าแผลแดง จึงตัดสินใจไปรักษาที่คลินิก หมอก็จัดยาให้” (จ)

2.2 การรับประทานอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วย

การรับประทานอาหารเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายและทำให้เกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองได้ ผู้ป่วยที่ลำไส้ทางช่องท้องจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยมีการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล โดยผู้ป่วยทราบว่าต้องรับประทานอาหารที่สะอาด ไม่ใส่สารปนเปื้อนใดๆ เช่น อาหารหมักดอง ไม่รับประทานอาหารประเภทโปรตีน โดยเฉพาะพวกเนื้อสัตว์ แต่ต้องรับประทานไข่ให้มาก โดยเฉพาะไข่ขาว และควรงดอาหารหมักดอง อาหารสุกๆ ดิบๆ ได้แก่ หน่อไม้ดอง ปลูดอง หอยดอง ผักกาดดอง ขนมะดัน ผลไม้ดองทุกชนิด ดังตัวอย่าง

“ผมทราบจากหมอว่าอาการติดเชื้อในช่องท้องจะเกิดขึ้นได้จากการกินของหมักดอง ทำให้ตัดสินใจไม่กินอีก โดยตั้งแต่นั้นมาไม่กินของหมักดองและขนมเค้กกล้วยหอมอีกเลย” (ส)

“ต้องระมัดระวังเรื่องอาหาร ของหมักดองนี่งดเลย”

(ศ)

นอกจากนี้ อาหารที่รับประทานต้องสุก สะอาด เป็นอาหารที่รสไม่จัด รวมทั้งการเลือกรับประทานผลไม้ที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น หลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้บางชนิดที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น หรือทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน เงาะ ลำไย ดังตัวอย่าง

“ระหว่างป่วยเป็นโรคไต เค้าไม่ให้กินโปรตีน ไม่ให้กินไข่ แต่หลังจากลำไส้ เค้าให้กินไข่เยี่ยวๆ” (อ)

“อาหารที่เป็นของหมักของดอง พวกแกงรสจัดๆ ที่เค้าทำขาย จะกินไม่ค่อยได้ เค้าจะเน้นไข่ขาว ผัก ผลไม้” (ศ)

“อาหาร เราอย่าไปกินไอ้พวกดอง ปกติผมชอบผลไม้ดอง อย่าไปกินผักเสี้ยนดอง ไม่กินน้ำพริกกะปิ เคี้ยวนี้ไม่กินเลย น้ำปลาน้อย เราดูแลเรื่องอาหารการกิน” (อ)

“หมอเค้าบอกว่าของหมักของดองทำให้ติดเชื้อได้”

(จ)

2.3 การตระหนักรู้ของผู้ป่วย

การตระหนักรู้ของผู้ป่วยเป็นความใส่ใจที่สำคัญของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง ซึ่งอยู่ในกระบวนการสะท้อนความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งด้านสมรรถนะทางกาย ความรู้และทัศนคติของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมอง และผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าปัจจัยส่งเสริมที่อาจทำให้เกิดปัญหาการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองมีอะไรบ้าง ดังตัวอย่าง

“การเป็นหวัด การติดหวัดจากผู้อื่น อาจทำให้ตนเองเป็นหวัด อ่อนแอลง หรือเชื้ออาจเข้าสู่แผลได้” (ณ)

“ลุงก็รู้ว่าท้องเสีย ท้องผูก ทำให้ติดเชื้อได้” (อ)

“อันนี้มันอยู่ที่สำนึกตัวเองละว่าที่เค้าสอนอย่างนี้ทำเพื่ออะไร ลำบากมือให้สะอาดเพื่ออะไร ฉีดแอลกอฮอล์เพื่ออะไร” (อ)

“อย่าให้โดนน้ำนะเวลาเราอาบน้ำ” (ป)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการลำไส้ทางช่องท้องของตนเอง และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น หรือการสืบค้นข้อมูลความรู้จากตำราทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้นั้นมาใช้ในการตัดสินใจเพื่อการแก้ปัญหาของตนเองในการป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองได้ ดังตัวอย่าง

“ถ้าคุณล้างไตทางช่องท้องแล้วมีอาการเจ็บท้องแต่คุณไม่แน่ใจว่ามันจะติดเชื้อหรือไม่ ขอให้ล้างบ่อยขึ้นเดิมนะแต่รอบใช้เวลา 6 ชม. เรายี่ล้างเป็น 4 ชม. แล้วเราก็น้ำยานั้นไว้เอาไปให้คุณหมอดูตรวจดู” (น)

“ตอนแรกผมก็ทำแผลตามขั้นตอน แต่ทำไมแผลมันไม่แห้งนะ ผมเลยไปเปิดตำราว่าสามารถเปิดแผลได้แต่ต้องกันไม่ให้แมลงวันตอม แผลมันก็แห้งเองได้” (น)

“ถ้าเราข้ามขั้นตอน 1 ขั้นตอน โอกาสเสี่ยงเราก็มีมากขึ้นๆ ถ้ายังข้ามจุดที่สำคัญๆ ไม่ล้างมือ ทำเลย ก็มีโอกาเสี่ยงมากขึ้น พอเรารู้ว่ามันเสี่ยงเราก็ไม่ทำ” (พ)

2.4 การสนับสนุนจากครอบครัว

บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่

อาศัยอยู่กับคู่สมรส และมีผู้ป่วยบางคนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ซึ่งบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเหล่านี้จะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ของการล้างไตทางช่องท้อง บางคนมีคู่สมรสคอยช่วยเหลือเพื่ออำนวยความสะดวกในการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมใช้เมื่อต้องลงมือทำการล้างไตทางช่องท้อง เช่น การทำความสะอาดห้องที่ใช้ในการล้างไต ญาติบางคนช่วยเตรียมผ้าสะอาดที่ใช้สำหรับเช็ดมือ โดยการช่วยซักผ้า รีดผ้าเช็ดมือให้ผู้ป่วย ดังตัวอย่าง

“ลูกชายช่วยเช็ดทำความสะอาดห้องให้อาตีตย์ละครึ่ง” (อ)

“แม่บ้านเปิดห้องทำความสะอาดทุกวันตอนเช้า พอล้างไตเสร็จ ก็กวาด ถู เช็ดห้องแยกอีก จำเป็นมาก” (ส)

“ป้าเค้า (ภรรยา) ช่วยจัดห้องชั้นบนให้เป็นสัดส่วน เช็ดตู้ห้องให้สะอาดอยู่เสมอ” (ณ)

“หลานช่วยทำแผลให้ทุกเช้า ทุกวัน” (ณ)

“ป้าซักผ้าเช็ดมือให้ ตากแล้วก็เอาไปพับเก็บพับใส่กระสอบ ใส่ปิดมิดหมดซะ” (ณ)

“หลานช่วยดูน้ำยาว่าใสหรือขุ่น” (ณ)

2.5 ความคาดหวังของผู้ป่วย

ความคาดหวังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต้องการ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวังว่าเมื่อมีการล้างไตอย่างถูกวิธี โดยมีการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ในการล้างไตทางช่องท้องอย่างเคร่งครัดแล้ว ผู้ป่วยจะมีความปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง ทั้งยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปได้เหมือนคนปกติ ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยบางคนบอกถึงความคาดหวังของตนเอง ดังตัวอย่าง

“ที่พยายามดูแลตัวเอง ก็ไปขอเปลี่ยนไตไว้ คิดว่ามันก็น่าจะมีชีวิตที่ดีกว่านี้” (พ)

“แต่ก่อนเคยคิดจะฆ่าตัวตายตั้ง 2 ครั้ง แต่พอล้างไตได้ดี ไม่มีการติดเชื้อ หอมเอ๋ยปากชมให้ผู้ป่วยคนอื่นฟัง ก็เลยมีกำลังใจล้างไตต่อไป” (ส)

“ถ้าเราล้างไตดี ไม่มีการติดเชื้อ ก็มีโอกาสจะเปลี่ยนไต” (ส)

“แฟนหนูเค้าอยากให้เปลี่ยนไต ได้กลับไปอยู่ด้วยกัน จะได้มีงานมีการทำ ได้เรียนต่อ” (จ)

จากผลการวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมในการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยให้มีความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในขณะที่มีการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องสำเร็จ คือ ความตั้งใจ ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือคำสอนหรือคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนล้างไตทางช่องท้อง การปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ในการล้างไตอย่างเคร่งครัดและถูกต้อง การไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ หรืออาหารหมักดอง นอกจากนี้ การจัดการหรือการสนับสนุนจากครอบครัวก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลในการอำนวยความสะดวก ทั้งการจัดเตรียมสภาพแวดล้อม ห้องที่ใช้ในการล้างไตทางช่องท้อง และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการล้างไต ให้มีความสะอาด ปราศจากเชื้อ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมามีส่วนประกอบที่สำคัญของการจัดการตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้องได้เป็นระยะเวลานานกว่า 18 เดือน

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องมีการจัดการตนเองทั้งการเตรียมความพร้อมก่อนล้างไต การล้างไตอย่างถูกต้องตามขั้นตอน การไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ หรืออาหารหมักดอง รวมถึงการจัดการของครอบครัวในการอำนวยความสะดวก ทั้งการจัดเตรียมสภาพแวดล้อม ห้องที่ใช้ในการล้างไต และการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการล้างไต ให้มีความสะอาด ปราศจากเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้องเป็นระยะเวลานานกว่า 18 เดือนนั้น สามารถอภิปรายผลในประเด็นภาพกว้างของการจัดการตนเองได้ว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องทั้งหมดปฏิบัติตามหลักการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องได้ถูกต้อง กล่าวคือ ผู้ป่วยมีความเอาใจใส่ในการดูแลรักษาความสะอาดช่องทางออกของท่อล้างไต (exit site) และการทำความสะอาดแผลรอบช่องทางออกของท่อล้างไต การทำความสะอาดแผล

รวมทั้งการล้างไตตามขั้นตอน การสังเกตความผิดปกติ การรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ไม่เสี่ยงต่อการมีเลือดออกที่แผล และการรับประทานอาหารที่สะอาด ไม่รับประทานอาหารหมักดอง (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553) โดยผู้ป่วยหลายคนล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องนานกว่า 4 ปี ซึ่งน่าจะเป็นเพราะความตั้งใจ ความมุ่งมั่นในการที่จะมีสุขภาพดี มีความตั้งใจในการจัดการตนเอง ตั้งแต่การเตรียมตนเองในการล้างไตทางช่องท้องจากเจ้าหน้าที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ที่ได้มีการฝึกทักษะการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยและญาติ ทำให้สามารถจดจำขั้นตอนการล้างไต และข้อควรปฏิบัติ รวมทั้งตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้องอย่างน้อย 18 เดือนในที่สุด สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การจัดการตนเองเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญต่อการแสดงการกระทำที่เหมาะสมของบุคคล จนนำมาซึ่งการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี รวมทั้งสถานะทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิต (Ryan & Sawin, 2009) รวมถึงการเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองที่ดีนั้น จะช่วยเพิ่มสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง (Sarian, Brault, & Perreault, 2012) และพยาบาลควรใช้กลวิธีต่างๆ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีสมรรถนะในการจัดการตนเองที่ดี (Su et al., 2009)

เมื่อพิจารณาในแง่รายละเอียดตามทฤษฎีการจัดการตนเอง พบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องมีการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล (individual self-management) ตามหลายองค์ประกอบของ Creer (2000) ทั้งการตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติ กล่าวคือ 1) ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง มีการตั้งเป้าหมายของตนเองอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ในขณะที่ทำการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งเป้าหมายที่ไม่ต้องการให้มีการติดเชื้อ และเป้าหมายที่ต้องการดูแลรักษาไตให้ดีที่สุด เพื่อให้ตนเองมีโอกาสเปลี่ยนไตได้ต่อไป เมื่อตั้งเป้าหมาย

ในการดูแลตนเองแล้ว จะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามขั้นตอนของการล้างไต หลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ ที่อยู่ล้อมรอบตัวผู้ป่วยและอาจเป็นสาเหตุทำให้มีการติดเชื้อได้ 2) การรวบรวมข้อมูล ในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง บอกได้ถึงอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ ได้แก่ ปวดท้อง หน้าท้องตึง มีไข้ น้ำยาขุ่น รอบแผลบวมแดง โดยผู้ป่วยได้รับความรู้ทั้งจากพยาบาลหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ป่วยด้วยกัน การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติจะทำให้ผู้ป่วยทราบว่าต้องเฝ้าระวังหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้าง เพื่อนำมาใช้ในการเฝ้าระวังและการสังเกตอาการของตนเองต่อไป 3) การตัดสินใจ การตัดสินใจมีส่วนสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องมีการดูแลตนเองในระยะยาว ทั้งนี้ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องมีการแสดงออกถึงการตัดสินใจในการจัดการแผลที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ดังในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยคนหนึ่งได้เรียนรู้จากพยาบาลว่าแผลติดเชื้อจะมีลักษณะแดง เมื่อเกิดอาการดังกล่าว ผู้ป่วยคนนั้นสามารถใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองให้ปลอดภัยและไม่ได้มีการติดเชื้อที่แผลเพิ่มขึ้น และ 4) การลงมือปฏิบัติ เป็นการจัดการตนเองที่จะควบคุมและป้องกันการติดเชื้อหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากการติดเชื้อ ทั้งนี้ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่สะท้อนถึงการลงมือปฏิบัติอย่างชัดเจน ทั้งการปฏิบัติตามขั้นตอนการล้างไตทางช่องท้องอย่างถูกต้อง การมีระวังการสัมผัสเชื้อในโอกาสขณะใส่ยาเข้าช่องท้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง รวมทั้งการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากการจัดการตนเองแล้ว ผู้ป่วยยังได้รับการสนับสนุนจากการจัดการของครอบครัว (family-management) โดยญาติผู้ดูแลมีการอำนวยความสะดวกทั้งการจัดเตรียมสภาพแวดล้อม ห้องที่ใช้ในการล้างไต และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการล้างไต ให้มีความสะอาด ปราศจากเชื้อ ทั้งนี้ การผสมผสานการจัดการตนเองที่เกิดจากตนเองและครอบครัวนั้น จะช่วยให้

บุคคลเกิดทักษะและความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งการตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง การตัดสินใจ และการปฏิบัติ ทำให้สภาพแวดล้อมมีความเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ (Polfuss, Babler, Bush, & Sawin, 2015) และการจัดการตนเองทั้งสองส่วนนี้เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Grey et al. (2015) ที่ว่าการจัดการตนเองมีทั้งระดับการจัดการที่เกิดจากตนเองและการจัดการจากครอบครัว ซึ่งการจัดการทั้งสองส่วนนี้จะทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสถานะทางสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลตั้งต้นในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องของคลินิกไตวายให้ดียิ่งขึ้น เพื่อป้องกันปัญหาการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องของผู้ป่วย โดยนำผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มาจัดการความรู้ เพื่อเป็นบุคคลต้นแบบในการป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง ทั้งรายใหม่และรายเก่าที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นักวิจัยควรมีการพัฒนาแบบสอบถามการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง โดยนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถาม

เอกสารอ้างอิง

กิตติมา จันทรโอ, และสุธิดา โดพันธานนท์. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องปกติที่มีภาวะเยื่อหุ้มช่องท้องอักเสบ. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, และคณะ. (บ.ก.). *Textbook of peritoneal dialysis*. หน้า 307-309. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2553). *คู่มือแนะนำการล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้น. สืบค้น 24 เมษายน 2560, จาก <http://www.phraehospital.go.th/library/dublin.php?ID=5265>

พินดา เทียมจรรยา, ชมนาด วรรณพรศิริ, และดวงพร หุ่นตระกูล. (2554). การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของเยื่อหุ้มช่องท้องจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(3), 92-103.

ศิริลักษณ์ อนันต์นัฐศิริ. (2549). การติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร. ใน ทวี ศิริวงศ์. (บ.ก.). *การล้างไตทางช่องท้องสองฝั่งไต*. หน้า 73-81. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556: การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Pintrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation I*. pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press.

Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nursing Outlook*, 54(5), 278-286.

Grey, M., Schulman-Green, D., Knafl, K., & Reynolds, N. R. (2015). A revised self- and family management framework. *Nursing Outlook*, 63(2), 162-170. Retrieved April 24, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25771190>

- Li, P. K., et al. (2010). ISPD Guidelines/ Recommendations: Peritoneal dialysis-related infections recommendations: 2010 update. *Peritoneal Dialysis International*, 30, 393-423.
- Polfuss, M., Babler, E., Bush, L. L., & Sawin, K. (2015). Family perspective of components of a diabetes transition program. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(5), 748-756.
- Praditpornsilpa, K. (2011). *Report of Thailand replacement therapy year 2011*. Bangkok: Thai Nephrology Society of Thailand.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217-225. Retrieved April 24, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908991/>
- Sarian, M., Brault, D., & Perreault, N. (2012). Self-management support for peritoneal dialysis patients. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists*, 22(3), 18-24.
- Su, C. Y., Lu, X. H., Chen, W., & Wang, T. (2009). Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1381-1389.
- Varitsakul, R., Sindhu, S., Sriyuktasuth, A., Viwatwongkasem, C., & Dennison Himmelfarb, C. R. (2013). The relationships between clinical, socio-demographic and self-management: Factors and complications in Thai peritoneal dialysis patients. *Renal Society of Australasia Journal*, 9(2), 85-92.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก *

The Effects of a Self-efficacy Promoting Program on Self-care Behaviors and Newborn Care Behaviors of First-time Mothers *

วริญญา ชลธารกันปนาท, พย.ม. (การผดุงครรภ์) **

Waranya Chonlatankampanat, M.N.S. (Midwifery) **

จันทิมา ขนบดี, D.S.N. (Mother and Child Nursing) ***

Chantima Khanobdee, D.S.N. (Mother and Child Nursing) ***

ปราณี ปองเรือ, ปส.ด. (การพยาบาล) ****

Pranee Pongrua, Ph.D. (Nursing) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ คลอด และติดตามสุขภาพทารกหลังคลอดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน รวมจำนวน 50 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่น .80 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่น .70 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และ independent t -test

ผลการวิจัยพบว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดโดยรวม ดีกว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.010, p < .001$ และ $t = 1.811, p < .05$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาปรับเข้ากับกิจกรรมการดูแลมารดาครรภ์แรก และควรสอดแทรกกระบวนการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในมารดาครรภ์แรกแก่นักศึกษาพยาบาล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** มหาบัณฑิตสาขาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด
พฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิด

Abstract

This quasi-experimental research aimed at exploring the effects of a self-efficacy promoting program on self-care behaviors and newborn care behaviors of first-time mothers. The samples consisted of 50 first-time mothers who received antenatal services, gave birth, and sought infant's health follow-up at Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province. They were equally divided into an experimental group ($n = 25$) and a control group ($n = 25$). The research instruments were composed of a self-efficacy promoting program, a questionnaire of demographic data, a questionnaire of self-care behaviors of mothers with the reliability of .80, and a questionnaire of newborn care behaviors of mothers with the reliability of .70. The implementation and data collection were conducted from April to August, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and independent t -test.

The research results revealed that the first-time mothers in an experimental group had statistically significant better overall mean scores of self-care behaviors and newborn care behaviors than those in a control group ($t = 5.010$, $p < .001$ and $t = 1.811$, $p < .05$, respectively).

This research suggested that this self-efficacy promoting program should be applied to first-time mother caring activities. Additionally, this program should be introduced to nursing students.

Keywords: A self-efficacy promoting program, Postpartum self-care behaviors, Newborn care behaviors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระยะหลังคลอดถือเป็นช่วงเวลาสำคัญในการเปลี่ยนผ่านของชีวิต มารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจของมารดาหลังคลอดได้ โดยเฉพาะในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองและทารกมาก่อน การขาดความรู้ ความมั่นใจ และประสบการณ์ในการดูแลตนเองและทารกที่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของตนเองและทารกได้ (นภาพร นพพัฒน์กุล,

2556; กมลวรรณ สีนะธรรม และธนิดา จุลยวัณชพงษ์, 2557; Fahey & Shenassa, 2013) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรกจะปฏิบัติตนได้ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการดูแลทารกแรกเกิด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมทั้งการดูแลตนเองหลังคลอดและการปรับบทบาทการเป็นมารดาในการดูแลทารก ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (สุหรี หนองอาหลี่, 2547; เทวีรัตน์ จีวีวรรณ, จันทิมา ขนบดี, และปรานี ป้องเรือ, 2552; อากัสรา เอี่ยมสำอางค์, 2555; Bryanton, Gagnon,

Hatem, & Johnston, 2008; Leahy-Warren & McCarthy, 2011; Jamalivand, Mirghafourvand, & Mohammad-Alizadeh Charandabi, 2017) โดยพบว่า มารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีการดูแลตนเอง และทารกดี เพราะสามารถจัดสรรแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี ไม่ย่อท้อต่อความยากลำบาก ส่วนมารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะวิตกกังวลเกี่ยวกับการแสดงบทบาทมารดา และต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น (นัยนา ปาระมี, 2551; อัจฉโรบล แสงประเสริฐ, พรวิไล กล้ายจันทร์, และพลอยไพลิน มาสุข กำแพงจินดา, 2557; Bryanton et al., 2008) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) ที่อธิบายว่าการที่มนุษย์มีความรู้ ความสามารถ เพียงอย่างเดียว ไม่อาจประสบความสำเร็จได้ หากบุคคลนั้น ไม่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองว่าสามารถใช้ ความรู้ ความสามารถที่มีอยู่จัดการกับสถานการณ์ให้เกิด ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังได้โดยไม่ยากเกินความสามารถ ของตนเอง โดยบุคคลที่มีการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความอดทนและเพียรพยายามกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งหากมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสูงและมีความเชื่อมั่น ว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ บุคคลจะมีแนวโน้ม แสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ในทางตรงกันข้าม หากบุคคล มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ เมื่อพบกับสถานการณ์ ที่ไม่คุ้นเคยจะไม่มั่นใจและไม่กล้าปฏิบัติ นำไปสู่การหลีกเลี่ยง การกระทำพฤติกรรมนั้นในที่สุด ซึ่งการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนสามารถพัฒนาได้โดยผ่านแหล่งการเรียนรู้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การได้รับคำแนะนำหรือใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ จากผู้อื่น (vicarious experience) 3) การประสบความสำเร็จ ด้วยตนเอง (enactive mastery experience) และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ (physiological and affective states)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบข้อเสนอแนะให้มีการเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาดังแต่ระยะตั้งครรภ์ (ศิณัฐชนันท์ วงษ์อินทร์, จันทิมา ขนบดี, และจรัสศรี

ธีระกุลชัย, 2554; อากัสรา เอี่ยมลำอ่างค์, 2555; Entsieh & Hallstrom, 2016) และต้องการการติดตามภายหลัง การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลตนเองและ ทารกที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา (Deave, Johnson, & Ingram, 2008; Shorey, Chan, Chong, & He, 2014) แต่พบว่างานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีการจัดกระทำ ในระยะหลังคลอดภายในช่วงเวลา 2-3 วันที่อยู่โรงพยาบาล มีเพียงบางงานวิจัยเท่านั้นที่มีการจัดกระทำในระยะปลาย ไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ อีกทั้งยังไม่พบการศึกษา ในระยะปลายไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ที่บูรณา การการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ครอบคลุม ทั้งการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดอีกด้วย ซึ่งในปัจจุบัน มีนโยบายลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลลงเหลือเพียง 48-72 ชั่วโมง จึงทำให้มารดาหลังคลอดครรภ์แรกยังไม่ สามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมและ ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดให้กับมารดาครรภ์แรก เพื่อให้มารดาได้เรียนรู้แนวทางปฏิบัติจริงที่ต้องเผชิญ ภายหลังการคลอด สร้างความมั่นใจเมื่อต้องปฏิบัติ ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันภายหลังการคลอด และมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่มารดาครรภ์แรก ต้องการ ส่งเสริมความเชื่อมั่นว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลทั้งตนเองและทารกแรกเกิดได้ นำไปสู่การปฏิบัติ พฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและ พฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

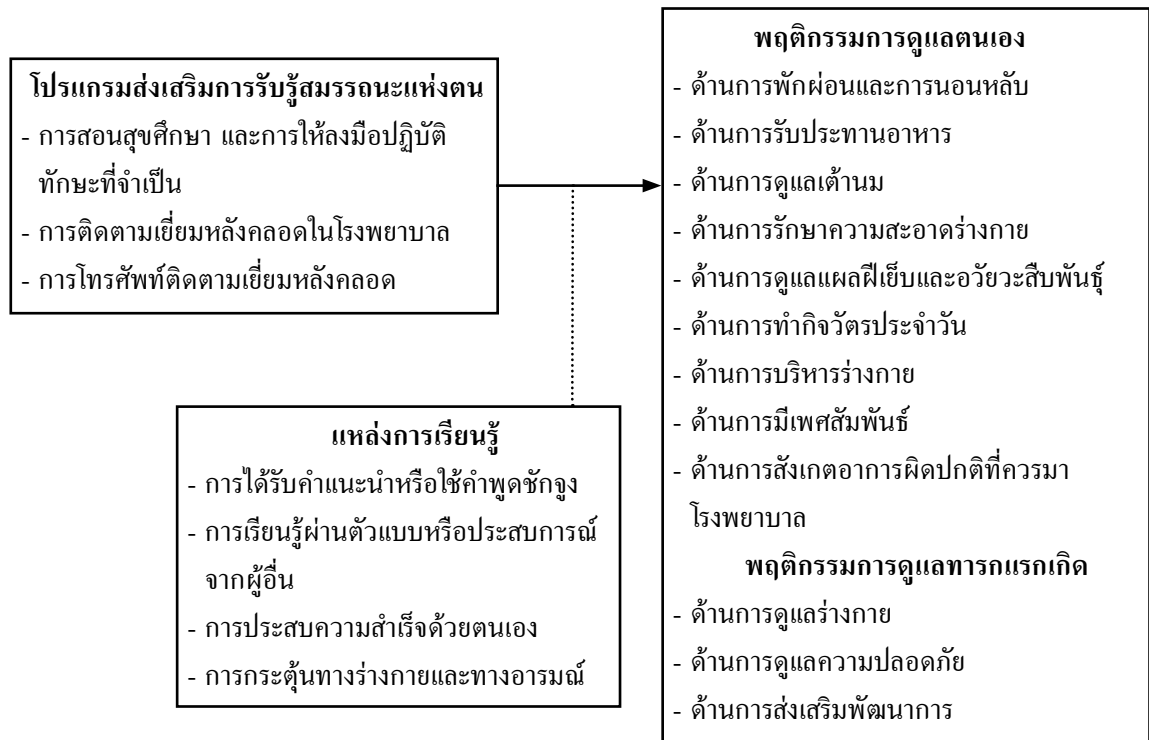
มารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

และพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน

ภายใต้แหล่งการเรียนรู้ทั้ง 4 ด้าน เพื่อเตรียมความพร้อมในมารดาครรภ์แรกตั้งแต่วัยเดือนสุดท้ายของระยะตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าการจัดกิจกรรมต่างๆ จะทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้จากความสำเร็จของตนเอง เก็บจำความรู้และทักษะเพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอดต่อไป สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดหลังการทดลอง (two groups, posttest only design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ 2560/112 และเลขที่ 016/60 ตามลำดับ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ คลอด และติดตามสุขภาพทารกหลังคลอดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2560 จำนวนทั้งสิ้น 750 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป หากอายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ต้องได้รับการยินยอมจากผู้มีอำนาจกระทำการแทน โดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม 2) อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป 3) สถานภาพสมรส 4) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดถึง 1 ปี 5) ไม่มีโรคประจำตัว

เรื้อรัง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ 6) สามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ 7) อยู่ร่วมกับทารก โดยมารดาเป็นผู้ให้การเลี้ยงดูทารก และ 8) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีการคลอดผิดปกติ เช่น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2) มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการของ Cohen (1988) โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของสุหรี หน่งอาหลี (2547) และงานวิจัยของเทวีรัตน์ จวีวรรณ และคณะ (2552) ที่พบว่าขนาดอิทธิพล (effect size: d) ขนาดใหญ่เท่ากับ 4.18 และ 1.95 ตามลำดับ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่เท่ากับ .80 อำนาจการทดสอบที่ .80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 และเป็น การทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว จากนั้นนำไปเปิดตารางสำเร็จรูป (Polit & Beck, 2012) ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 25 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ภายใต้นแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจากแหล่งการเรียนรู้ 4 ด้าน ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสอนสุขศึกษาเรื่องการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด สื่อที่ใช้ได้แก่ แผนการสอน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ร่วมกับภาพเคลื่อนไหว และคู่มือการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้นให้มารดาลงมือปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด ได้แก่ การหีบจับผ้าอนามัยที่ถูกวิธีการบริหารร่างกายโดยการทดลองปฏิบัติ การนวดกระตุ้นน่านม การทำความสะอาดเต้านม และการบีบเก็บน่านม โดยผ่านหุ่นจำลอง และการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์โดยให้มารดาทวนสอบวิธีการปฏิบัติด้วยการบอกเล่าวิธีการปฏิบัติ ส่วนการดูแลทารกแรกเกิดนั้น

ให้มารดาทดลองปฏิบัติการอุ้ม การเปลี่ยนผ้าอ้อม การห่อตัว การทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย การอาบน้ำ การเช็ดตา และการเช็ดสะดือ โดยผ่านหุ่นจำลอง มีการกล่าวชมเชยมารดาเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ และตอบข้อสงสัยแก่มารดา

กิจกรรมที่ 2 การติดตามเยี่ยมหลังคลอด ในโรงพยาบาล ในวันแรกและวันที่ 2 หลังคลอด

กิจกรรมที่ 3 การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

ทั้งนี้ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แผนการสอน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ร่วมกับภาพเคลื่อนไหว และคู่มือการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางพยาบาลมารดา และทารกแรกเกิด จำนวน 3 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับมารดาครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน และนำมาแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัว และลักษณะครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ของเทวีรัตน์ จวีวรรณ และคณะ (2552) ประกอบด้วยพฤติกรรม 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ จำนวน 3 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 15 ข้อ ด้านการดูแลเต้านม จำนวน 6 ข้อ ด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย จำนวน 4 ข้อ ด้านการดูแลแผลฝีเย็บและอวัยวะสืบพันธุ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน 3 ข้อ ด้านการบริหารร่างกาย จำนวน 1 ข้อ ด้านการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 1 ข้อ และด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรมาโรงพยาบาล จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 39 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับไม่ดี (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับดี (2.50-3.49 คะแนน) และในระดับดีมาก (3.50-4.00 คะแนน) หากค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ครรภ์แรก ของสุหรี หนูง่อหลี (2547) ประกอบด้วย พฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลร่างกาย จำนวน 14 ข้อ ด้านการดูแลความปลอดภัย จำนวน 7 ข้อ และ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับไม่ดี (1.00-2.00 คะแนน) ในระดับพอใช้ (2.01-3.00 คะแนน) และในระดับดี (3.01-4.00 คะแนน) หากค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .70

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มทดลองก่อน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลจากการที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน โดยการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
2. ผู้วิจัยพบมารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการพินัยสิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัว

จากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

3. ผู้วิจัยให้มารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยให้เวลาตอบประมาณ 5 นาที

4. เมื่อมารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองแต่ละคนได้รับการตรวจครรภ์แล้ว ผู้วิจัยพาไปยังห้องที่เตรียมไว้และดำเนินกิจกรรมที่ 1 ของโปรแกรมฯ เป็นรายบุคคล โดยสอนสุขศึกษาเรื่องการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด และให้มารดาลงมือปฏิบัติทักษะที่จำเป็น ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที จากนั้นมอบคู่มือการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดสำหรับให้มารดากลับไปทบทวนที่บ้าน

5. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่ 2 ของโปรแกรมฯ เป็นรายบุคคล โดยติดตามเยี่ยมหลังคลอดในโรงพยาบาลในวันแรกและวันที่ 2 หลังคลอด โดยในวันแรกหลังคลอดติดตามเยี่ยมในช่วงเวลา 10.00-11.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พยาบาลประจำการสาธิตเรื่องการอาบน้ำ การเช็ดตา และการเช็ดสะดือทารกแก่มารดาหลังคลอดทั่วไป ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวด้วยตนเองตั้งแต่ครั้งแรก ส่วนในวันที่ 2 หลังคลอดติดตามเยี่ยมในช่วงเวลา 14.00-15.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พยาบาลประจำการสอนสุขศึกษาเป็นรายกลุ่ม ผู้วิจัยให้คำปรึกษาและชี้แนะเกี่ยวกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด และตอบข้อสงสัยที่อาจพบหลังคลอด

6. ผู้วิจัยนัดหมายมารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองเพื่อโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง โดยเลือกวันและเวลาที่มารดาสะดวก

7. ผู้วิจัยพบมารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการพินัยสิทธิ์เช่นเดียวกับมารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลอง จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

8. ผู้วิจัยให้มารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยให้เวลาตอบ

ประมาณ 5 นาที

9. ภายหลังการคลอด มารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับการสอนสุขศึกษา เรื่องการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด เป็นรายกลุ่ม ร่วมกับ มารดาหลังคลอดครรภ์หลัง โดยพยาบาลประจำการ และได้รับการสาธิตเรื่องการอาบน้ำทารก การเช็ดตา การเช็ดสะดือ และการอุ้มให้นม เป็นรายบุคคลในครั้งแรกจากพยาบาล ประจำการหรือผู้ช่วยพยาบาล และได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองในวันถัดมา ส่วนในวันที่ 2 หลังคลอด มารดา ได้รับการแนะนำด้านการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด เช่น การออกกกำลังกาย การปฏิบัติตนหลังคลอด การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา การรับวัคซีน การตรวจคัดกรอง ภาวะตัวเหลืองและภาวะปฏิกิริยาอ่อนในทารกแรกเกิด การติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การสังเกตอาการผิดปกติของมารดาและทารก และการมาตรวจ หลังคลอด

10. ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมที่ 3 ของโปรแกรมฯ แก่มารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล โดยโทรศัพท์ ติดตามเยี่ยมหลังคลอด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ตามวันและเวลาที่นัดหมายไว้

11. เมื่อครบ 4 สัปดาห์หลังคลอด ผู้วิจัยนัดหมาย วันและเวลากับมารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยนัดให้ตรงกับวันนัดติดตามสุขภาพทารกที่คลินิก สุขภาพเด็กดี เมื่อถึงวันนัด ให้มารดาแต่ละคนตอบ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลทารกแรกเกิดของ มารดาหลังคลอด โดยใช้เวลาตอบ 10-15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลในส่วนอาชีพ ระดับการศึกษา และลักษณะครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ การเปรียบเทียบข้อมูล ส่วนบุคคลในส่วนอายุและรายได้ครอบครัว พฤติกรรม การดูแลตนเอง และพฤติกรรม การดูแลทารกแรกเกิด

ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test ทั้งนี้ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย กลุ่มละ 25 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับมารดาครรภ์แรก กลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน เนื่องจากมีมารดาที่ต้องยุติ การเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 6 คน โดยมีการผ่าตัดคลอด ทางหน้าท้อง จำนวน 5 คน และมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด จำนวน 1 คน ส่วนมารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุม ผู้วิจัย ได้ดำเนินการกับมารดา จำนวน 35 คน เนื่องจากมีมารดา ที่ต้องยุติการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 10 คน โดยมีการผ่าตัด คลอดทางหน้าท้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุเฉลี่ย 23.60 ปี (SD = 4.39) และ 22.68 ปี (SD = 4.15) ตามลำดับ มีการศึกษาในระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56 และ 72 ตามลำดับ ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 56 และ 52 ตามลำดับ มีรายได้ ครอบครัวเฉลี่ย 20,120 บาทต่อเดือน (SD = 8,918.77) และ 18,840 บาทต่อเดือน (SD = 6,932.29) ตามลำดับ และมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็น ร้อยละ 52 และ 60 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล ส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองของ มารดาครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า มารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวม 3.50 (SD = .20) และ 3.16 (SD = .27) ตามลำดับ โดยพบว่ามารดาครรภ์แรก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยรวมดีกว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 5.010, p < .001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย ด้านการดูแลแผลฝีเย็บและอวัยวะสืบพันธุ์ ด้านการทำ กิจวัตรประจำวัน และด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ควร

มาโรงพยาบาล ดีกว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแล

เด้านม ด้านการบริหารร่างกาย และด้านการมีเพศสัมพันธ์ ไม่แตกต่างจากมารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 25)			กลุ่มควบคุม (n = 25)			t	p
	min - max	$\bar{X}$	SD	min - max	$\bar{X}$	SD		
ด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ	2.33 - 4.00	3.15	.41	1.67 - 4.00	2.79	.64	2.358	.012
ด้านการรับประทานอาหาร	3.27 - 4.00	3.64	.21	2.73 - 3.80	3.43	.29	2.963	.003
ด้านการดูแลเต้านม	3.33 - 4.00	3.18	.43	2.17 - 4.00	3.06	.51	.903	.185
ด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย	3.25 - 4.00	3.85	.22	2.75 - 4.00	3.62	.45	2.297	.013
ด้านการดูแลแผลฝีเย็บและอวัยวะสืบพันธุ์	3.20 - 4.00	3.78	.23	2.20 - 4.00	3.42	.40	3.95	< .001
ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน	2.67 - 4.00	3.63	.35	2.33 - 4.00	3.39	.49	1.997	.026
ด้านการบริหารร่างกาย	1.00 - 4.00	2.80	.82	1.00 - 4.00	2.52	.71	1.291	.102
ด้านการมีเพศสัมพันธ์	3.00 - 4.00	3.96	.20	2.00 - 4.00	3.88	.44	.930	.206
ด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล	2.00 - 4.00	3.52	.65	1.00 - 4.00	2.36	1.35	3.867	< .001
โดยรวม	3.14 - 3.95	3.50	.20	2.61 - 3.83	3.16	.27	5.010	< .001

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดโดยรวม 3.75 (SD = .15) และ 3.66 (SD = .19) ตามลำดับ โดยพบว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดโดยรวมดีกว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.811$,

$p < .05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดด้านการดูแลความปลอดภัยดีกว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.517$, $p < .01$) แต่พบว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดด้านการดูแลร่างกาย และด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ไม่แตกต่างจากมารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิด	กลุ่มทดลอง (n = 25)			กลุ่มควบคุม (n = 25)			t	p
	min - max	$\bar{X}$	SD	min - max	$\bar{X}$	SD		
ด้านการดูแลร่างกาย	3.43 - 4.00	3.82	.16	3.07 - 4.00	3.75	.20	1.395	.085
ด้านการดูแลความปลอดภัย	3.33 - 4.00	3.86	.14	2.78 - 4.00	3.66	.37	2.517	.007
ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ	3.00 - 4.00	3.57	.28	2.86 - 4.00	3.57	.33	.066	.474
โดยรวม	3.49 - 4.00	3.75	.15	3.28 - 3.89	3.66	.19	1.811	.038

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดโดยรวมดีกว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากมารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม ที่สามารถกระตุ้นให้มารดาครรภ์แรกซึ่งขาดประสบการณ์ในการดูแลตนเองหลังคลอดและทารกแรกเกิดมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าหากส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี (เทวีรัตน์ ฉวีวรรณ และคณะ, 2552; Shorey et al., 2014) ส่วนพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดนั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้มารดาครรภ์แรกมีพฤติกรรมการดูแลทารกดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (สุหรี หนูง้ออาหลี, 2547; อาภัสรา เอี่ยมสำอางค์, 2555) แม้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อปฏิบัติเป็นประจำ แต่ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการส่งเสริมให้มารดาครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน และมีการติดตาม

เพื่อส่งเสริมให้มารดาครรภ์แรกเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่เสมอ ย่อมส่งผลดีต่อมารดาครรภ์แรกและทารกแรกเกิดซึ่งสามารถอภิปรายผลผ่านแหล่งการเรียนรู้ได้ดังนี้

แหล่งการเรียนรู้ที่ 1 การได้รับคำแนะนำหรือใช้คำพูดชักจูง เพื่อให้มารดาครรภ์แรกเชื่อมั่นในความสามารถของตนว่าสามารถประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดได้ โดยสอบถามความมั่นใจในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ พุดกระตุ้นกำลังใจว่ามารดาครรภ์แรกสามารถเรียนรู้และปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ได้เช่นกัน จากนั้นให้คำแนะนำในรูปแบบของการสอนสุขศึกษาโดยพุดชักจูงให้เห็นถึงประโยชน์หรือความสำคัญของการปฏิบัติที่ถูกต้อง เน้นการอธิบายให้มารดาครรภ์แรกเข้าใจถึงเหตุผลและวิธีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างเข้าใจ ทำให้มารดาครรภ์แรกมีความมั่นใจ สามารถปฏิบัติได้ดีขึ้น (กมลวรรณ นารอดภัย, 2551; Kuo, Chen, Lin, Lee, & Hsu, 2009) โดยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดถือเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้มารดามีความเข้าใจและสนใจให้ปฏิบัติ (จินตนา ศรีสุพัตพงษ์, 2550) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจัดการสอนสุขศึกษาเป็นรายบุคคลทำให้สามารถปรับเนื้อหาได้ตรงตามความต้องการและบริบทของมารดา สามารถนำไปปรับใช้ได้ภายหลังการคลอดที่ตรงกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาครรภ์แรกในแต่ละราย เนื่องจากมารดาครรภ์แรกมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน อีกทั้งการสอนสุขศึกษาเป็นรายบุคคลยังช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน สามารถทวนสอบ

ความเข้าใจได้โดยง่าย ผู้วิจัยสามารถกล่าวชมและเสริมกำลังใจในสิ่งที่มารดาทำได้ถูกต้องเป็นระยะๆ (เอมพร ตินธร, 2559; Carolan & Hodnett, 2007)

แหล่งการเรียนรู้ที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยจัดให้มารดาครั้งแรกได้สังเกตตัวแบบผ่านการสาธิตจากผู้วิจัยและสื่อการสอน ได้แก่ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ร่วมกับภาพเคลื่อนไหว โดยนำเสนอประกอบเสียง ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และการจดจำ อีกทั้งนำเสนอเป็นลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนสามารถเรียนรู้ได้เร็ว และปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้องได้ (ทิสนา เขมมณี, 2550; ศิริวดี ชุมจิต, 2558) และผู้วิจัยได้มอบคู่มือการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด ซึ่งนำเสนอด้วยรูปภาพจริงที่มีสีสันน่าสนใจ กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ (มัทนา สังวาลย์ และนิศยา ไรจนนิรันดร์กิจ, 2558) เช่น ตัวอย่างอาหารของมารดาหลังคลอด ตัวอย่างรูปภาพกิจกรรมในกิจวัตรประจำวันที่สามารถปฏิบัติได้ สีของน้ำคาวปลา อุจจาระทารก และสายสะดือทารกที่เปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาที่มารดาครั้งแรกต้องสังเกต ซึ่งตัวแบบที่กล่าวมามีความใกล้เคียงกับมารดาครั้งแรก จึงทำให้เกิดความติดคล้อยตามว่าหากตนเองมีความพยายามและตั้งใจจะสามารถทำได้เช่นกัน (เทวีรัตน์ ฉวีวรรณ และคณะ, 2552; อากัสรา เอี่ยมสำอางค์, 2555)

แหล่งการเรียนรู้ที่ 3 การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยให้มารดาครั้งแรกได้ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดภายหลังการคลอด โดยผ่านหุ่นจำลอง ซึ่งการประสบความสำเร็จด้วยตนเองถือเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) โดยลงมือฝึกปฏิบัติขณะตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสสุดท้าย และกลับไปพบทวนซ้ำที่บ้านผ่านคู่มือการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด นอกจากนี้ มารดาครั้งแรกยังได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองตั้งแต่วันแรกโดยมีผู้วิจัยอยู่ด้วย ถือเป็น การสะสมทักษะ และมีโอกาสได้ซักถามข้อสงสัยที่เกิดขึ้น หลังการปฏิบัติจริงมากขึ้น ทำให้มารดาครั้งแรกมีความมั่นใจเนื่องจากเคยประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่เคยปฏิบัติมาก่อน นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะ

หลังคลอดได้ (สุหรี หนองอาหลี, 2547; เทวีรัตน์ ฉวีวรรณ และคณะ, 2552; อติฉินา ศรีสมบูรณ์, 2554; อากัสรา เอี่ยมสำอางค์, 2555; Kiehl & White, 2003)

แหล่งการเรียนรู้ที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับมารดาครั้งแรกกลุ่มทดลอง การจัดสถานที่และบรรยากาศในการฝึกปฏิบัติที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ การซักถามความต้องการในการเรียนรู้ของมารดาครั้งแรก การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย รวมถึงการเริ่มสอนทักษะจากง่ายไปยาก และมีการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดในวันแรกหลังคลอด เพื่อสอนซ้ำในเรื่องที่ต้องการ และติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรม รวมถึงการสอบถามปัญหาที่อาจพบเมื่อกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาดตามความเหมาะสม เพื่อลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ โดยการติดตามอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการพัฒนาสัมพันธภาพมารดาครั้งแรกเกิดความไว้วางใจ กล้าปรึกษาปัญหาที่พบ ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง และผู้วิจัยยังสามารถรวบรวมข้อมูลสำคัญทางสุขภาพได้ เพื่อสามารถปรับคำแนะนำให้เหมาะสมกับบริบทของมารดาครั้งแรกแต่ละคน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาปรับเข้ากับกิจกรรมการดูแลมารดาครั้งแรก เช่น การปรับรูปแบบการสอนเรื่องโรงเรียนพ่อแม่ การพัฒนาสื่อการสอนให้กระตุ้นความสนใจและง่ายต่อการเรียนรู้ การมีระบบติดตามเยี่ยมภายหลังการคลอด หรือการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบุคลากรทางสุขภาพเพื่อปรึกษาปัญหาหลังคลอด

1.2 ควรสอดแทรกกระบวนการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในมารดาครั้งแรกแก่นักศึกษาพยาบาล

โดยมุ่งเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้มารดาครรภ์แรกเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และนำไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมมารดาครรภ์แรกในการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในช่วงเวลาต่างๆ เช่น 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ หรือ 6 สัปดาห์หลังคลอด

2.2 ควรพัฒนาโปรแกรมโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก

2.3 ควรศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดในมารดาในกลุ่มอื่นๆ เช่น มารดาที่มีอายุมาก มารดาที่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ มารดาเลี้ยงเดี่ยว

เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ นารอดภัย. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าต่อระดับความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่คลอดบุตรทางช่องคลอด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลวรรณ สีนะธรรม, และชนิดา จุลย์วันพงษ์. (2557). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของมารดาหลังคลอด*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 11(1), 1-11.
- จินตนา ศรีสุพัฒพงษ์. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดในเขตจังหวัดราชบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ทศนา แคมมณี. (2550). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทวีรัตน์ ฉวีวรรณ, จันทิมา ขนบดี, และปราณี ป้องเรือ. (2552). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่คลอดทางช่องคลอด*. *วารสารการพยาบาล*, 11(2), 34-48.
- นภาพร นพพัฒนกุล. (2556). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา ร่วมกับการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัยนา ปาระมี. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มัทนา สังวาลย์, และนิตยา โรจนนิรันดร์กิจ. (2558). *การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อการสอนระหว่างสื่อวีดิทัศน์กับภาพพลิก ในด้านความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอดและทักษะการให้นมมารดาของสตรีหลังคลอด*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(1), 56-66.
- ณัฐชานันท์ วงษ์อินทร์, จันทิมา ขนบดี, และจิรศักดิ์ ธีระกุลชัย. (2554). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการแสดงบทบาทเป็นมารดาโดยเน้นการมีส่วนร่วมของสามีต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก*. *วารสารการพยาบาล*, 13(2), 76-92.
- ศิริวดี ชุ่มจิต. (2558). *ความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ความรู้เรื่องการบริหารร่างกายของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี* (รายงานผลการวิจัย). ราชบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4.
- สุหรี หนองอาหลี่. (2547). *โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อดิมา ศรีสมบุรณ์. (2554). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาต่อความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉโรบล แสงประเสริฐ, พรวิไล คล้ายจันทร์, และ พลอยไพลิน มาสุข กำแพงจินดา. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 6(1), 1-11.
- อากัสรา เอี่ยมสำอางค์. (2555). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- एमพร รตินธร. (2559). *การดูแลต่อเนื่อง: หัวใจในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการผดุงครรภ์*. กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Hatem, M., & Johnston, C. (2008). Predictors of early parenting self-efficacy: Results of a prospective cohort study. *Nursing Research*, 57(4), 252-259.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis of the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carolan, M., & Hodnett, E. (2007). 'With woman' philosophy: Examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry*, 14(2), 140-152.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 30.
- Entsieh, A. A., & Hallstrom, I. K. (2016). First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation: A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, 39, 1-11.
- Fahey, J. O., & Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The perinatal maternal health promotion model. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 613-621.
- Jamalivand, S., Mirghafourvand, M., & Mohammad-Alizadeh Charandabi, S. (2017). Comparison of the effects of educational software and training booklet on maternal self-efficacy and infant care behavior in Iranian mothers: A randomized controlled trial. *International Journal of Pediatrics*, 5(10), 5923-5934.
- Kiehl, E. M., & White, M. A. (2003). Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the United States. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 96-103.
- Kuo, S. C., Chen, Y. S., Lin, K. C., Lee, T. Y., & Hsu, C. H. (2009). Evaluating the effects of an internet education programme on newborn care in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), 1592-1601.
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802-810.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Shorey, S., Chan, S. W. C., Chong, Y. S., & He, H. G.
(2014). Maternal parental self-efficacy in
newborn care and social support needs
in Singapore: A correlational study. *Journal
of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2272-2283.

การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ * Perception of Professional Nurses on Becoming a Magnet Hospital *

สุกัญญา ก้อมออน, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) **

Sukanya Kom-on, M.N.S. (Nursing Administration) **

สัททยา รัตนจรณะ, Ph.D. (Applied Science) ***

Sahattaya Rattanajarana, Ph.D. (Applied Science) ***

ยุณี พงศ์ตุรัสวิทย์, Ph.D. (Nursing) ****

Yunee Pongjaturawit, Ph.D. (Nursing) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 16 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกการถอดเทปการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกเสียงสมุดบันทึก และปากกา เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนธันวาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้เกี่ยวกับการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความหมายของการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ โดยรับรู้ใน 3 ประเด็น ได้แก่ ดึงดูดผู้รับบริการ ดึงดูดบุคลากร และบุคลากรทำงานอย่างมีความสุข 2) การมีส่วนร่วมในการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ โดยรับรู้ใน 2 ประเด็น คือ รู้สึกภูมิใจ และมีส่วนร่วมในหลากหลายกิจกรรม 3) การเปลี่ยนแปลงจากการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ โดยรับรู้ใน 2 ประเด็น คือ ความรู้สึกในเชิงบวก และความรู้สึกในเชิงลบ และ 4) ปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ โดยรับรู้ใน 3 ประเด็น ได้แก่ จำนวนบุคลากรไม่เหมาะสมกับงาน การสื่อสารไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง และมาตรฐานของโรงพยาบาลดึงดูดใจเข้าใจยาก

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารควรคัดสรรข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจและนำเสนอให้น่าสนใจ เข้าใจได้ง่าย และมีช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม รวมทั้งควรหาแนวทางในการลดภาระงานของพยาบาล และมีการสรรหาบุคลากรเพิ่มอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การรับรู้ พยาบาลวิชาชีพ การเตรียมพร้อม โรงพยาบาลดึงดูดใจ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา

** มหาบัณฑิตสาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

Abstract

This qualitative descriptive research aimed to examine the perception of professional nurses on becoming a magnet hospital. The informants consisted of 16 professional nurses. The research instruments were composed of a recording form of demographic data, a semi-structured in-depth interview guide, a recording form of interview transcription, a tape-recorder, notebook, and pen. Data were collected from February to December, 2014 and were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results revealed that the perception of professional nurses on becoming a magnet hospital could be classified into 4 main categories:- 1) definition of magnet hospital: clients attracting, personnel attracting, and happy working of personnel; 2) participation in preparation for a magnet hospital: proud feeling and participation in various activities; 3) the effects of transition during a magnet hospital preparation: both positive and negative feeling; and 4) problems and obstacles in preparation for a magnet hospital: inadequate personnel number for workload, unclear and discontinuous communication, and elusiveness of a magnet hospital standard.

This research suggested that the administrators should pick an important data regarding a magnet hospital and present using interesting and clear techniques. Additionally, they should set policies to reduce professional nurse workload and recruit personnel appropriately.

Keywords: Perception, Professional nurses, Preparation, Magnet hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพจัดเป็นปัญหาที่วิกฤตของระบบบริการพยาบาลซึ่งเกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาการลาออกของพยาบาลวิชาชีพในกรุงวอชิงตัน ดีซี ของ The Advisory Board Company (2000 cited in Hayhurst, Saylor, & Stuenkel, 2005) พบว่ามีอัตราการลาออกของพยาบาลที่มีประสบการณ์ถึงร้อยละ 21 ต่อปี ซึ่งสาเหตุการลาออกได้แก่ รู้สึกว่างานหนักเกินไป ขาดโอกาสก้าวหน้าในงาน ไม่ได้รับการชื่นชม ไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน และการสื่อสารที่ไม่ดีกับระดับบริหารในประเด็นที่สำคัญ (Steven, 2009) สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาจึงได้ทำการค้นหารูปแบบการบริหารที่ดึงดูดใจให้พยาบาลคงอยู่ในงาน ที่เรียกว่า แนวคิดโรงพยาบาลดึงดูดใจ ซึ่งเป็นรูปแบบการบริหารจัดการเพื่อดึงดูดใจพยาบาลให้คงอยู่ในงานที่มีคุณลักษณะมาตรฐานของโรงพยาบาลดึงดูดใจ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง 2) โครงสร้างพลังอำนาจหน้าที่ 3) เป็นแบบอย่างของการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ 4) การพัฒนาคุณภาพ นวัตกรรม และองค์ความรู้ใหม่ และ 5) ผลลัพธ์คุณภาพเชิงประจักษ์ (American Nurses Credentialing Center: ANCC, 2014) มีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการบริหารแบบโรงพยาบาลดึงดูดใจ กับไม่ได้บริหารแบบโรงพยาบาลดึงดูดใจ ของ Romano (2002), Brady-Schwartz (2005) และ Lacey, Cox, Lorfing, Teasley, Carroll, and Sexton (2007) พบว่าโรงพยาบาลที่บริหารแบบโรงพยาบาลดึงดูดใจทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน ได้รับการสนับสนุนในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ มีอิสระในการตัดสินใจในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ มีความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานสูงกว่า และมีอัตราการลาออกต่ำกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ได้บริหารแบบโรงพยาบาลดึงดูดใจ ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหการขาดแคลนพยาบาล สามารถธำรงรักษานุคลากรพยาบาล และส่งผลให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาลที่เป็นเลิศ

การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากมีจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอต่อความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนที่มีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลของสภาการพยาบาลพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2553-2562 ควรมีพยาบาลประมาณ 170,000 คน หรือคิดเป็นอัตราส่วนพยาบาล 1 คน ต่อประชาชน 400 คน ในขณะที่มีผู้ทำงานเพียง 146,890 คน (ข้อมูล ณ เดือน มกราคม พ.ศ. 2558) (ทัศน บุญทอง, 2558) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าประเทศไทยยังคงขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลที่สังกัดโรงพยาบาลภาครัฐหรือภาคเอกชน โดยเฉพาะหน่วยบริการสุขภาพในถิ่นทุรกันดารหรือห่างไกล ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพมีสาเหตุมาจากการขาดความก้าวหน้าในอาชีพ การขาดโอกาสในการพัฒนาความรู้และพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายในการทำงาน ความรับผิดชอบที่หนักเกินไปแต่ค่าตอบแทนน้อย และงานมีความเสี่ยงสูง (อรุณรัตน์ คันธรา, เดช เกตุฉ่ำ, กฤษดา แสงวดี, และดวงทิพย์ ชีระวิทย์, 2556)

สำหรับโรงพยาบาลเอกชน มีการแข่งขันที่รุนแรงมากขึ้นระหว่างโรงพยาบาลในประเทศไทยกับในต่างประเทศ โดยคู่แข่งสำคัญได้แก่ สิงคโปร์ มาเลเซีย และอินเดีย ซึ่งก็พัฒนาและปรับปรุงศักยภาพเพื่อการแข่งขันเช่นกัน (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2552) จึงทำให้โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในประเทศไทยสนใจนำแนวคิดโรงพยาบาลดิงดูโจมาใช้ในการบริหารองค์การพยาบาล โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่เป็นเลิศ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ยุวดี เกตสัมพันธ์, และวรรณิ บุญช่วยเหลือ, 2551) เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรทั้งนี้เพื่อดึงดูดใจให้พยาบาลที่มีความสามารถเข้ามาปฏิบัติงาน และธำรงรักษามูลค่าที่มีอยู่เดิมไว้ในองค์กร ซึ่งทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ได้มาตรฐานที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ และยังเป็น การเพิ่มผลกำไรให้กับองค์กร (ศิริพร แสงศรีจันทร์ และ บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2555)

จากการศึกษาของ Cox, Carroll, and Sexton (2005) พบว่าการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดโรงพยาบาลดิงดูโจเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นโรงพยาบาลดิงดูโจ เพราะเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจที่ถูกต้องในแนวคิดโรงพยาบาลดิงดูโจได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ก็จะทำให้พยาบาลวิชาชีพยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดิงดูโจ จะเห็นได้ว่าผู้บริหารและพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนองค์กรให้ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดิงดูโจ การเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดิงดูโจมีกิจกรรมที่เกิดขึ้นซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรวาลย์ เรืองศรีจันทร์ และศิริลักษณ์ สุภพิตร (2554) ที่ศึกษาความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับอินเตอร์เนชั่นแนล ต่อการเตรียมพร้อมเป็นโรงพยาบาลดิงดูโจ ในกลุ่มตัวอย่าง 300 คน พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูงถึงระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 64.30 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 49.73 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาอื่นที่พบว่าพยาบาลมีความเครียดในระดับปานกลาง อยู่ในช่วงร้อยละ 36-66 ดังนั้น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเป็นโรงพยาบาลดิงดูโจให้ชัดเจน ประเมินถึงความเข้าใจ และความวิตกกังวลในด้านต่างๆ ก็จะมีส่วนช่วยในการลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้

โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทยที่เริ่มนำแนวคิดโรงพยาบาลดิงดูโจมาใช้ โดยเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2551 และคาดหวังว่าจะขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดิงดูโจในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งระหว่างดำเนินการมาได้ประมาณ 2 ปี องค์การพยาบาลได้ประกาศระลอกการสมัครขอรับรองคุณภาพออกไปก่อน เนื่องจากมีอัตราการลาออกของพยาบาลจำนวนมาก กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2552 เท่ากับร้อยละ 8.94 และในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับร้อยละ 15.90 จากการดำเนินการที่ยังไม่ประสบความสำเร็จในครั้งนี้

ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ เนื่องจากต้องการทราบถึงความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึนึกคิดที่มีต่อการตีความข้อมูลต่างๆ ที่โรงพยาบาลได้ให้ในช่วงการเตรียมความพร้อมที่ผ่านมา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งมีความเหมาะสมในการศึกษาที่เน้นความสำคัญของข้อมูลด้านความรู้สึนึกคิด การให้ความหมายหรือการให้นิยามสถานการณ์ต่างๆ (สุภางค์ จันทวานิช, 2559) โดยข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงแผนการดำเนินงานในครั้งต่อไป เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดึงดูดใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (qualitative descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 05-11-2556)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่นำรูปแบบโรงพยาบาลดึงดูดใจมาใช้ ประกอบด้วย 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปฏิบัติการ ระดับหัวหน้าหน่วย ระดับผู้จัดการแผนก และระดับผู้อำนวยการศูนย์ระดับละ 4 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 16 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) ผ่านการอบรมเกี่ยวกับรูปแบบโรงพยาบาลดึงดูดใจ 2) ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในช่วงที่โรงพยาบาลนำรูปแบบโรงพยาบาลดึงดูดใจมาใช้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ประสบการณ์

ในการทำงาน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งปัจจุบัน และระดับของตำแหน่ง จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจ ความสำคัญของการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ การมีส่วนร่วมและการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของโรงพยาบาลในการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ เป็นต้น

3. แบบบันทึกการถอดเทปการสัมภาษณ์

4. เทปบันทึกเสียง สมุดบันทึก และปากกาใช้สำหรับบันทึกข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฝ่ายการพยาบาล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล และนัดหมายเกี่ยวกับวันและเวลาตามความสะดวก จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามๆ โดยมีการบันทึกเสียง บันทึกข้อมูล และสังเกตพฤติกรรมระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้เวลาคนละ 45-90 นาที ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์จนพบว่าข้อมูลอิ่มตัวซึ่งหมายถึงไม่มีประเด็นเพิ่มเติมในผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16 จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนธันวาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลการรับรู้ต่อการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยมีขั้นตอนดังนี้ (วรณดี สุทธิธนากร, 2556) 1) ถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำแล้วเขียนออกมาเป็นข้อความเชิงบรรยาย 2) อ่านบทพรรณนาคำบรรยายซ้ำทั้งหมด เพื่อทำความเข้าใจข้อมูล 3) นำข้อมูลมาลงรหัสตั้งข้อความหรือประโยคที่มีความสัมพันธ์กันมาจัดเป็น

หัวข้อ สร้างกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ เรียงลำดับข้อมูล วิเคราะห์ และจัดแยกประเภทโดยค้นหาคำหรือกลุ่มคำที่มีความหมายเดียวกันมาตั้งชื่อหลัก (cluster of themes) และ 4) เขียนคำอธิบายประกอบ เพื่อให้ประเด็นมีความชัดเจน และมีความหมายที่ครอบคลุม (exhaustive description) จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ อ่านบททวนอีกครั้งเพื่อ ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าทั้งหมด เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลี่ย 43 ปี ($SD = 7.22$) มีประสบการณ์ในการทำงาน 20 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 34 ปี ($SD = 8.82$) มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ปัจจุบันอยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.30 โดยมีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งปัจจุบันเฉลี่ย 13 ปี ($SD = 4.19$) และมีตำแหน่งระดับปฏิบัติการ ระดับหัวหน้าหน่วย ระดับผู้จัดการแผนก และระดับผู้อำนวยการศูนย์ คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน

2. การรับรู้ต่อการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจของพยาบาลวิชาชีพ

2.1 ความหมายของการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ พยาบาลวิชาชีพกล่าวถึงความหมายไว้ 3 ประเด็น ดังนี้

2.1.1 ดึงดูดผู้รับบริการ เป็นการให้บริการที่ดี มีคุณภาพ แล้วทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ จึงบอกต่อญาติหรือเพื่อนให้มาใช้บริการ เหมือนเป็นแม่เหล็กที่ดึงดูดลูกค้าเข้ามา ดังตัวอย่าง

“พยาบาลเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในการที่จะดึงดูดให้ลูกค้ามาใช้บริการ อาจจะเหมือนกับว่าถ้ามีคนหนึ่งเข้ามาแล้ว เขาก็อาจจะพึงพอใจในการให้บริการ เขาก็อาจจะไปพูดปากต่อปากให้ญาติหรือให้เพื่อนมาใช้บริการอีก เหมือนกับมันเป็นแม่เหล็กที่ดึงดูดให้ลูกค้าเข้ามาเรื่อยๆ นะคะ” (ID 5/ P 1)

2.1.2 ดึงดูดบุคลากร เป็นการดึงดูดให้พยาบาลอยากเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ เนื่องจากมีระบบการทำงานที่ดี ทำให้ผลการให้บริการพยาบาลออกมาดี จึงเป็นการดึงดูดความสนใจของพยาบาลให้อยากเข้ามาทำงาน รวมทั้งเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่พยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษานักถึงแล้วอยากมาทำงานด้วย ดังตัวอย่าง

“โรงพยาบาลดึงดูดใจ เป็นโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจให้กับพยาบาลวิชาชีพอยากเข้ามาทำงานกับโรงพยาบาลนั้นๆ เพราะเนื่องจากว่าถ้าเกิดโรงพยาบาลมีระบบที่ดี ก็จะทำให้พยาบาลอยากเข้ามาทำงานด้วย เพราะว่าเห็นเนิร์สซิง แคร์ (nursing care) ออกมาดี” (ID 16/ P 1)

“การเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ คือ ดึงดูดใจพนักงานให้มาทำงานที่นี่หลังจากเรียนจบแล้ว เป็นที่แรกที่คิดว่าหากเรียนจบ ก็อยากจะมาทำงานที่นี่” (ID 1/ P 1)

2.1.3 บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข เป็นโรงพยาบาลที่พยาบาลทำงานอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน มีสวัสดิการและค่าตอบแทนที่เหมาะสม ทำให้อยากตื่นมาทำงานตอนเช้าทุกวัน ดังตัวอย่าง

“โรงพยาบาลแม็กเน็ตก็คือ โรงพยาบาลที่พยาบาลอยู่แล้ว พยาบาลมีความสุข มีเวิร์คไลฟ์ บาลานซ์ (worklife balance) แล้วก็ค่าตอบแทน มีสวัสดิการ มีเพื่อนร่วมงานที่ดีที่ทำให้รู้สึกว่ายู่แล้วมีความสุข อยากจะมาทำงานในทุกวัน” (ID 11/ P1)

2.2 การมีส่วนร่วมในการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ พยาบาลวิชาชีพรับรู้ใน 2 ประเด็น ดังนี้

2.2.1 รู้สึกภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการทำงาน เพื่อที่จะทำให้โรงพยาบาลได้รับรางวัล และเมื่อได้ทำไปเรื่อยๆ ก็รู้สึกภูมิใจในความเป็นวิชาชีพมากขึ้น ที่สามารถยกระดับความสามารถของพยาบาลไทยเทียบเท่ากับพยาบาลต่างประเทศ ดังตัวอย่าง

“ในความรู้สึกของตัวเองก่อนหน้าที่จะทำ เคยได้อินจากโรงพยาบาลอื่นๆ ว่าเค้าตั้งเป้าไว้เหมือนกันว่าจะทำ ตอนนั้นเรารู้สึกเฉยๆ เพราะเราไม่รู้ว่ามันคืออะไร แต่ว่าหลังจากที่ลงไปทำแล้ว ลงไปศึกษา ลงไปทำเก็บอานาไลซิส (gap analysis) รู้เลยว่ารู้สึกภูมิใจแล้วเมื่อทำ

ไปเรื่อย ๆ จะรู้สึกภูมิใจในวิชาชีพมากขึ้น...ภูมิใจในฐานะที่เราจะสามารถยกระดับของพยาบาลเมืองไทยให้เทียบเท่ากับพยาบาลต่างประเทศ” (ID 13/ P2)

2.2.2 มีส่วนร่วมในหลากหลายกิจกรรม โดยส่วนร่วมในกิจกรรมของการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจมีดังนี้คือ เป็นคณะกรรมการของแชร์ โกวเวอร์แนนท์ (share governance) โดยทำหน้าที่เป็นตัวแทนแผนกไปรับทราบปัญหา แล้วนำเข้าไปประชุมเพื่อหาทางแก้ปัญหา เป็นคณะกรรมการดาวเด่น มอบรางวัลให้แก่ผู้ที่ได้รับการชื่นชมจากผู้รับบริการ มีส่วนร่วมในการเป็นพี่เลี้ยงที่ดูแลพยาบาลที่เข้ามาทำงานใหม่ และเป็นคณะกรรมการเรื่องการใช้จ่ายที่มีความปลอดภัยกับผู้ให้บริการ ดังตัวอย่าง

“มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการของแชร์ โกวเวอร์แนนท์ (share governance) ก็คือเป็นตัวแทนจากแผนกต่าง ๆ ในหน่วยงานของพยาบาลไปรับทราบปัญหาของน้อง ๆ ในแผนก เกี่ยวกับการทำงาน สวัสดิการ แม้กระทั่งการกินอยู่ หอพัก ทั้งหมด ในส่วนของที่เป็นองค์กรรวมของหน่วยของพยาบาลทั้งหมด แล้วก็มาแจ้งให้ที่ประชุมรับทราบ มีกิจกรรมอะไร มีอะไรที่เราต้องปรับปรุงให้หน่อย ๆ อยู่แล้วน้องมีความสุข” (ID 11/ P2)

“เป็นคณะกรรมการของดาวเด่นของโรงพยาบาลที่ดาวเด่นในที่นี้ หมายถึง ในส่วนของที่ว่าคุณค่ามาให้บริการเกิดความประทับใจในบุคลากร ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรวิชาชีพ หรือจะเป็นพวกแม่บ้านหรือจะเป็นพวกผู้ช่วยหรือแพทย์ อันนั้นเป็นส่วนหนึ่งที่ ที่หน่วยงานที่จะพบบ้อยที่สุด ซึ่งคณะกรรมการจะทำหน้าที่ในการให้คะแนน และมอบรางวัลกับผู้ที่ได้รับคะแนนสูงในแต่ละเดือน” (ID 2/ P 1)

“...ในส่วนของโครงการพยาบาลพี่เลี้ยง ช่วยให้น้องมีแนวทางที่ชัดเจนมากขึ้น จากที่ผ่านมามีคนสอนหลากหลาย ก็จะสร้างให้เป็นรูปแบบเดียวกันมา” (ID 2/ P4)

“ก็เป็นคณะกรรมการในเรื่องของการใช้จ่ายที่มีความปลอดภัยกับผู้ให้บริการ เราไปมีส่วนช่วยในการไปดูแผนกต่าง ๆ ว่าแต่ละแผนกมีปัญหาอะไร ยังไงบ้าง แล้วก็ช่วยกันแก้ไข แล้วก็ทำให้งานมันดีขึ้น” (ID 8/ P1)

2.3 การเปลี่ยนแปลงจากการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ พยาบาลวิชาชีพกล่าวถึงใน 2 ประเด็น คือ ความรู้สึกในเชิงบวก และความรู้สึกในเชิงลบ ดังนี้

2.3.1 ความรู้สึกในเชิงบวก พยาบาลวิชาชีพรับรู้และรู้สึกในทางที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงจากการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ ดังนี้

- บัณฑิตวิชาชีพมีความชัดเจนจากการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ ทำให้เกิดการปรับระดับความก้าวหน้าของวิชาชีพมีความชัดเจนมากขึ้น มีการระบุความรับผิดชอบและสัดส่วนการทำงานที่ชัดเจน รวมทั้งค่าตอบแทนก็มีการแบ่งชัดเจน ดังตัวอย่าง

“...แต่ว่าโอเค ในเมื่อมีการนำแม่เหล็ก (magnet) เข้ามา ทำให้เห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น...เป็นว่าโอเค แบ่งตามเลเวล (level) ว่าเป็นยังไง จะไปถึงเลเวลได้ยังไง แม่เหล็กเข้ามา ก็เหมือนมาทำให้รู้เป็นซีรีส์ (series) ต่าง ๆ เอ้อ แบบว่าซีรีส์หนึ่ง สอง สาม สี่ โอเค จะไปถึงตรงไหน...แบ่งแคเรียลเลดเดอร์ (career ladder) แล้วก็ค่าตอบแทนที่มีการแบ่งชัดเจน แล้วก็เหมือนกับต้องมีเกณฑ์ว่าที่แลดเดอร์นี้จะต้องทำอะไรบ้าง ก็ดีนะ” (ID 1/ P 3-4)

- ได้รับการยอมรับและยกย่องมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงก็คือ ได้รับการยอมรับจากสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น จากการที่เห็นความตั้งใจในการพัฒนาวิชาชีพ นอกจากนี้ยังมีโครงการที่จัดขึ้นเพื่อยกย่องและสร้างคุณค่าให้แก่พยาบาลวิชาชีพ คือ โครงการเดซี่ อวอร์ด (DAISY Award) ซึ่งให้รางวัลกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานได้ดี สร้างความประทับใจให้กับผู้ป่วยและญาติ จึงมีการเฟ้นหาแสดงความชื่นชม ดังตัวอย่าง

“การเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนแปลงเยอะในแง่ของวิชาชีพการพยาบาล อันหนึ่งที่เห็นได้ชัด มันจะทำให้เราเนี่ย ถูกยอมรับจากสหสาขามากขึ้น ก็เกิดจากการที่เราเป็นแกนนำในการที่จะถูกขึ้นมาพัฒนาวิชาชีพเพื่อให้คนอื่น ๆ รับรู้และก็ยอมรับในสิ่งที่เราทำ เพราะฉะนั้น เราก็จะเห็นการเปลี่ยนแปลงตรงนี้ชัดเจนมาก” (ID 13/ P 4)

“เรามีโครงการของการชื่นชมพยาบาลวิชาชีพเยอะขึ้น อย่างเช่น การจัดทำโครงการของ เดซี่ อวอร์ด (Daisy award) เพื่อชื่นชมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานได้ดี รวมทั้งเป็นการให้กำลังใจในการทำงาน” (ID 14/ P6)

- มีอิสระในการทำงานมากขึ้น มีการให้อำนาจในการตัดสินใจ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกภูมิใจ

ว่าสามารถทำได้ แก้ปัญหาได้ มีอิสระในการตัดสินใจ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ อีกทั้งยังมีอิสระในการจัดการงานการทำงานด้วยตนเอง ดังตัวอย่าง

“เหมือนกับภารกิจที่จะเอ็มเพาเวอร์ (empower) ให้น้องพยาบาลมี เหมือนกับมีบทบาทหน้าที่ในการที่จะสามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง มีอิสระในการทำงานตาม มาตรฐานวิชาชีพ” (ID 14/ P1)

“...โปรเจกต์ (project) ของเซลล์สก็ตคูลิง (self-scheduling) คือ เป็นอันหนึ่งที่จะแสดงถึงการที่มีออโตโนมี (autonomy) ทุกคน น้องๆ พยาบาลสามารถที่จะดูแลตัวเองได้ จัดเวรเอง โดยผู้จัดการแผนกแค่ดู ภาพรวม (ID 14/ P3)

- งานวิชาการพัฒนามากขึ้น มีการพัฒนางานวิชาการมากขึ้นโดยมีการส่งเสริมการทำวิจัยในทุกหน่วยงาน และนำผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการพัฒนางาน ดังตัวอย่าง

“เรื่องของการทำวิจัยที่มาส่งเสริมในเรื่องวิชาชีพ พยาบาลก็มี ที่แบบว่ากระจายไปยังทุกๆ หน่วยงาน แล้วระดับน้องๆ มาร่วมทำ จากคนทำไม่กี่คน ซึ่งตอนนั้นที่ว่าครั้งแรกที่เราทำ ยังไม่มีงานวิจัยที่เป็นของพยาบาลที่เป็นเรื่องเป็นราวเลย รู้สึกเราจะมีอยู่แค่เรื่องเดียว เรื่องเทรคีโอสโตมี้ (tracheostomy) ถ้าจำไม่ผิด แต่ตอนนี้เรามีปีละ 8 เรื่อง” (ID 16/ P 3)

“ก็จะได้อีวีอีเด็น เบส (evidence based) ในการที่จะเอามาประยุกต์ใช้ เพราะว่ากรณีที่เราจบพยาบาล มาสิบปี ยี่สิบปี แล้วยังคงใช้แพทเทิร์นเดิมๆ บางทีมัน ก็อาจจะไม่ใช่ อันนั้นมันก็คือว่าทำให้มีอีวีเด็น เบส (evidence based) แล้วก็มีโอกาสศึกษาในส่วนของข้อมูลใหม่ๆ เพื่อที่จะได้เอาความรู้เหล่านั้นมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ ของวิชาชีพให้มากขึ้น” (ID 10/ P 5)

- คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น โรงพยาบาล ดึงดูดใจเน้นเรื่องคุณภาพการพยาบาลที่ดี โดยได้มีการเทียบเคียงตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลกับระดับสากล ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลมีการพัฒนาที่ดีขึ้น ดังตัวอย่าง

“ในเรื่องของคุณภาพของโรงพยาบาล ที่มันเป็นหน่วยเฉพาะเจาะจงของเนิร์สซิง (nursing) ซึ่งจริงๆ เราไปรู้จักเอ็นดีเอ็นคิวไอ (NDNQI: The National Database of Nursing Quality Indicators) ก็ตอนที่ มีบุคลากรของโรงพยาบาลเราไปเข้าแม็กเน็ต คอนเฟอเรนซ์ (magnet conference) เราก็เลยเอากลับมาทำ ซึ่งเนิร์สซิง ก็เริ่มทำตั้งแต่นั้นจนถึงวันนี้ ถามว่าสถิติก็เท่าที่ดูมาก็คือ จากที่แย่ๆ ก็เริ่มเทียบเคียงกับมาตรฐานระดับอินเตอร์เนชั่นแนลได้ ก็เห็นการเปลี่ยนแปลงที่มันเป็นคุณภาพมากขึ้นในเรื่องของคุณภาพการพยาบาล” (ID 9/ P 9)

2.3.2 ความรู้สึกในเชิงลบ พยาบาลวิชาชีพ รับรู้และรู้สึกในทางที่ไม่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงจากการเตรียม เพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ คือ ภาระงานเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มภาระจากเดิม ซึ่งงานหนักงานก็มาก อยู่แล้ว จึงรู้สึกเหนื่อย ดังตัวอย่าง

“น้องพนักงานรู้สึกว่ามันเป็นการเพิ่มงานให้เค้า ต้องทำ มันเกินหน้าที่ มันเพิ่มภาระงาน” (ID 8/ P2)

“เพราะมีความรู้สึกที่ว่าทำงานก็เหนื่อยแล้ว ทำไมโรงพยาบาลจะต้องมีโปรเจกต์ (project) มาให้ทำเพิ่ม ทำแค้นกันแค่นี้ ไม่ต้องมาทำเยอะ มันทำให้เวิร์คโหลด (workload) ในการที่จะดูแลคนไข้ได้แบบดีเลิศตามที่ โรงพยาบาลต้องการ” (ID 6/ P6)

2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมเพื่อเป็น โรงพยาบาลดึงดูดใจ พยาบาลวิชาชีพกล่าวถึงใน 3 ประเด็น ดังนี้

2.4.1 จำนวนบุคลากรไม่เหมาะสมกับงาน เนื่องจากการลาออกของบุคลากร จึงทำให้อัตรากำลัง ไม่เหมาะสมกับงานที่ทำ บุคลากรต้องทำงานหนักขึ้น ส่งผลต่อการบริการที่ให้กับผู้ป่วย ดังตัวอย่าง

“บุคลากรไม่เพียงพอกับพนักงานกับงานที่มี อยู่ประจำ ไม่เพียงพอทำให้การทำงานก็เลยจะค่อนข้าง เครียดไป ส่งผลต่อการบริการที่ให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย ไม่ได้ได้รับความพึงพอใจในระดับเกณฑ์ที่เค้าต้องการ” (ID 2/ P4)

2.4.2 การสื่อสารไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง การสื่อสารจะได้รับผ่านทางผู้จัดการแผนก หัวหน้าหน่วย

แล้วก็ส่งต่อให้บุคลากรในแผนก ทำให้ข้อมูลที่ส่งต่อมา อาจไม่ชัดเจน รวมทั้งการรณรงค์จะมีในช่วงแรก แล้วเงียบหายไป ทำให้ขาดความต่อเนื่อง ดังตัวอย่าง

“มองว่าสื่อสารเฉพาะตำแหน่งหัวหน้าหน่วย ผู้จัดการแผนก ให้รับข้อมูลแล้วก็มาบอกน้อง มันก็เลยทำให้วัตถุประสงค์อาจจะได้ แต่ใจความสำคัญที่น้องเข้าใจ อาจจะไม่ได้ชัดเจนเหมือนที่ตามที่โรงพยาบาลต้องการ” (ID 6/ P 7)

“คิดว่าพนักงานทุกคนยังไม่ได้อ่านตรงนี้ทั้งหมด ยังรับข้อมูลข่าวสารได้ไม่ครบว่ามันคืออะไร นี่อาจจะเป็น ปัญหาหลัก แล้วก็คือมันเหมือนกับรณรงค์แค่ช่วงแรก แล้วมันก็หายไป มันไม่ต่อเนื่อง น่าจะเป็นสองอย่างนี้ มากกว่าที่แบบว่าที่มันทำให้ไม่ได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจ” (ID 7/ P 6)

2.4.3 มาตรฐานของโรงพยาบาลดึงดูดใจ
เข้าใจยาก เนื่องจากมาตรฐานของโรงพยาบาลดึงดูดใจ เป็นภาษาอังกฤษ จึงทำให้เป็นเรื่องยากในการทำความเข้าใจ หรือตีความเป็นภาษาไทย ซึ่งที่ปรึกษาที่พูดภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกัน ดังนั้นอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ได้ ดังตัวอย่าง

“ความเข้าใจ ด้วยข้อมูลทั้งหมดเป็นภาษาอังกฤษ ฉะนั้น ตัวมาตรฐานมันก็เป็นเรื่องยาก การแปลเป็นภาษาไทย เราได้พยายามที่จะแปลมัน คือ สมมติว่ารับสแตนดาร์ด (standard) มา ถ้าเราตีความแล้วแปลเป็นภาษาไทย จากที่ปรึกษาหรือจากทีม คือ ที่ปรึกษาเราก็พูดภาษาอังกฤษเหมือนกัน ฉะนั้น อาจจะทำให้ความเข้าใจคลาดเคลื่อน ได้” (ID 13/ P 3-4)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้ต่อความหมาย ของการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ 3 ประเด็น ได้แก่ ดึงดูด ผู้รับบริการ ดึงดูดบุคลากร และบุคลากรทำงานอย่างมีความสุข ซึ่งตรงกับแนวคิดโรงพยาบาลดึงดูดใจ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการเตรียม

ความพร้อมในการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ โดยมีการสื่อสาร ให้พยาบาลวิชาชีพทราบเกี่ยวกับความหมายของการเป็น โรงพยาบาลดึงดูดใจ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ แนวคิดของสุภาณี คงชุม (2550) และอุษณิ ฒ ตะกั่วทุ่ง (2551) ที่ให้ความหมายของโรงพยาบาลดึงดูดใจว่าเป็น โรงพยาบาลที่มีลักษณะสำคัญที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการต้องการเข้ามาปฏิบัติงาน เป็นโรงพยาบาล ที่สามารถธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ และพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่เดิมให้คงอยู่ในองค์กรด้วยความเต็มใจ รู้สึกมีคุณค่าในองค์กร ได้รับการยอมรับ จากผู้ร่วมงาน มีความสุขกับการทำงาน และพึงพอใจในงาน ซึ่งการศึกษาของ Pierson, Miller, and Moore (2007) พบว่าการที่พยาบาลรับรู้เกี่ยวกับความหมายของโรงพยาบาล ดึงดูดใจมีความสัมพันธ์กับความสำนึกในการดำเนินการ เป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจใน 2 ประเด็น คือ รู้สึกภูมิใจ และมีส่วนร่วมในหลากหลาย กิจกรรม ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการดำเนินการเพื่อเป็นโรงพยาบาล ดึงดูดใจนั้น คณะผู้บริหารของโรงพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการตามแนวคิด ของโรงพยาบาลดึงดูดใจทั้ง 5 องค์ประกอบ และเปิดโอกาส ให้พยาบาลวิชาชีพได้มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Deming (1986) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้คน ในองค์กรเกิดความภาคภูมิใจ มีความคิดสร้างสรรค์ที่จะ พัฒนาคุณภาพบริการ และเกิดความผูกพันกับองค์กร และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกที่ดี มีความภาคภูมิใจในการทำงาน เมื่อพยาบาล วิชาชีพได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมและได้แสดงความคิดเห็น (สุภาณี คงชุม, 2550; จุรีรัตน์ สายสมบัติ และจักรสุน พฤตภิณูญ, 2555; วราภรณ์ กุประดิษฐ์, 2555)

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลง จากการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจใน 2 ประเด็น คือ ความรู้สึกในเชิงบวก และความรู้สึกในเชิงลบ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการดำเนินการ

ตามแนวคิดของโรงพยาบาลดึงดูดใจทั้ง 5 องค์ประกอบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการบริหารบุคลากร โดยการสนับสนุน ความเป็นวิชาชีพ การธำรงรักษามูลค่า และการสนับสนุน งานวิชาการ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ของสิริษา ทันเจริญ (2554) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพโรงพยาบาล การเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าการรับรู้ต่อการเป็น โรงพยาบาลดึงดูดใจในด้านโครงสร้างของอำนาจและหน้าที่ ด้านแบบอย่างของการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ ด้านการพัฒนา คุณภาพนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ และด้านผลลัพธ์ คุณภาพเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนประเด็นความรู้สึกในเชิงลบต่อการเปลี่ยนแปลง จากการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ พยาบาลวิชาชีพ รับรู้ว่ามีภาระงานเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลง ของโรงพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ในการเตรียมเพื่อเป็น โรงพยาบาลดึงดูดใจ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีกิจกรรม ที่จะต้องทำนอกเหนือจากงานประจำเพิ่มมากขึ้น พยาบาล วิชาชีพจึงรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ภาระงาน เพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ของพัชราวลัย เรืองศรีจันทร์ และศิริลักษณ์ สุกปีติพร (2554) ที่ศึกษาความเครียดของพยาบาล ความคิดเห็น ต่อการเตรียมพร้อมเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ และปัจจัย ที่สัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล เอกชนระดับอินเตอร์เนชั่นแนล พบว่าพยาบาลวิชาชีพ รับรู้ว่าการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจทำให้ปริมาณงาน ที่รับผิดชอบมีมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้ต่อปัญหา และอุปสรรคในการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ ใน 3 ประเด็น ได้แก่ จำนวนบุคลากรไม่เหมาะสมกับงาน การสื่อสารไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง และมาตรฐานของ โรงพยาบาลดึงดูดใจเข้าใจยาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในช่วง ที่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ มีสถิติการลาออกของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าในปีที่ผ่านมา

คือ ในปี พ.ศ. 2553 มีสถิติการลาออก 15.90% และ ในปี พ.ศ. 2552 มีสถิติการลาออก 8.94% (เป็นข้อมูล จากโรงพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ ณ ปี พ.ศ. 2559) จึงทำให้ พยาบาลวิชาชีพที่ยังปฏิบัติงานอยู่รู้สึกว่าจะต้องทำงานหนัก ขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี อยู่ผ่อง และบุญทิพย์ สิริรังศรี (2557) ที่ศึกษาปัจจัย การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลตติยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า การที่พยาบาลมีความคิดไม่คงอยู่ในงานมีสาเหตุมาจาก ภาระงานที่หนัก ซึ่งการที่จำนวนพยาบาลไม่เพียงพอ กับภาระงานที่เพิ่มขึ้นเป็นสาเหตุทำให้พยาบาลเกิด ความเครียดได้มากที่สุด (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ถักนงค์ นาคสวัสดิ์, วรณีย์ สัตยวิวัฒน์, และชูชื่น ชีวพูนผล, 2553)

ส่วนประเด็นการสื่อสารไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง อธิบายได้ว่าการสื่อสารในองค์กรพยาบาลเป็นลักษณะที่สำคัญ อย่างหนึ่งในโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ (สุภาณี คงชุม, 2550) การสื่อสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเพื่อเป็นโรงพยาบาล ดึงดูดใจส่วนใหญ่จะผ่านมาทางผู้จัดการแผนก ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบบนลงล่าง นอกจากนี้ ทักษะการสื่อสาร และความเข้าใจของผู้จัดการแผนกแต่ละคนยังมีผลต่อ ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชราวลัย เรืองศรีจันทร์ และ ศิริลักษณ์ สุกปีติพร (2554) ที่พบว่า การสื่อสารที่ทำให้ เกิดความเข้าใจตรงกันเป็นสิ่งสำคัญของลักษณะการเป็น โรงพยาบาลดึงดูดใจ

สำหรับประเด็นมาตรฐานของโรงพยาบาลดึงดูดใจ เข้าใจยาก อธิบายได้ว่ามาตรฐานของโรงพยาบาลดึงดูดใจ เป็นภาษาอังกฤษ จึงทำให้ยากต่อการทำความเข้าใจและ การตีความ ซึ่งการที่จะทำความเข้าใจมาตรฐานของโรงพยาบาล ดึงดูดใจที่เป็นภาษาอังกฤษนั้น จำเป็นจะต้องใช้ทักษะ ด้านภาษาอังกฤษเป็นอย่างมาก ซึ่งวรรณาด วิมลเฉลา (2543) กล่าวว่าความผิดพลาดในการแปลนั้นเกิดจากการที่คนไทย ที่เรียนภาษาอังกฤษในประเทศไทย คิดเป็นภาษาไทยก่อน แล้วจึงถ่ายทอดบทแปลเป็นภาษาอังกฤษ ดังนั้นจึงอาจ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดได้ และจากการศึกษาของ สุภลักษณ์ ธาณิรัตน์, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, และสุจิรา

วิเชียรรัตน์ (2550) ที่ติดตามสมรรถนะทางการพยาบาลของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2547 จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าพยาบาลไทยเป็นหนึ่งในกลุ่มอาชีพที่ขาดทักษะและความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจควรคัดสรรข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ และนำเสนอในรูปแบบที่น่าสนใจ เข้าใจได้ง่าย ร่วมกับการพิจารณาช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น มี application ในโทรศัพท์มือถือ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถเข้าใจได้มากขึ้น

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรหาแนวทางในการลดภาระงานของพยาบาล เช่น ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน และจัดแยกประเภทของงาน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานด้านการพยาบาลได้อย่างเต็มที่ ตลอดจนควรทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและแนวทางที่ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

1.3 ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจควรพิจารณาหาแนวทางในการสรรหานักบุคลากรที่เหมาะสม เช่น การรับพยาบาลวิชาชีพแบบ part time เพื่อให้มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลอย่างเพียงพอ

1.4 ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษในการแปลมาตรฐานของโรงพยาบาลดึงดูดใจเป็นภาษาไทย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของผู้นำที่มีต่อความสำเร็จในการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อจะได้ครอบคลุมในทุกลักษณะของผู้นำ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ยังไม่พบบทบาทที่ชัดเจนของผู้นำในการเตรียมเพื่อเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ ซึ่งผู้นำมีบทบาทที่สำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร

เอกสารอ้างอิง

- จूरรัตน์ สายสมบัติ, และฉัตรสุนน พฤตภิญโญ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 24(3), 92-106.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณางค์ นาคสวัสดิ์, วรณิ สัตยวิวัฒน์, และชูชื่น ชีวพูนผล. (2553). ความเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด และการจัดการกับความเครียดในพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(1), 67-76.
- ทัศน บุญทอง. (2558). *นโยบายระดับชาติเพื่อการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล*. สืบค้น 4 เมษายน 2559, จาก http://www.tnc.or.th/files/2015/11/news_39433/national_policy_for_nursing_development_30024.pdf
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ยุติ เกตสัมพันธ์, และวรรณิ บุญช่วยเหลือ. (2551). Magnet hospital. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการ 9th HA National Forum Living Organization (องค์กรที่มีชีวิต)*. หน้า 1-10. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- พัชรวัลย์ เรื่องศรีจันทร์, และศิริลักษณ์ สุขปัดพร. (2554). ความเครียดของพยาบาล ความคิดเห็นต่อการเตรียมพร้อมเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนระดับอินเตอร์เนชั่นแนล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(4), 425-436.
- วรรณ วิมลเฉลา. (2543). *คู่มือสอนแปล* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณดี สุทธินารกร. (2556). *การวิจัยเชิงคุณภาพ: การวิจัยในกระบวนการค้นทางลึก*. กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์.
- วรภรณ์ ฤประดิษฐ์. (2555). การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการเป็นโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ กรณีศึกษาโรงพยาบาลที่ไม่มุ่งหวังผลกำไร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 6(2), 127-137.

- ศิริพร แสงศรีจันทร์, และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). คุณภาพองค์การพยาบาลตามคุณลักษณะโรงพยาบาล ดึงดูดใจ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 24(1), 83-95.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2552). โรงพยาบาลเอกชนปี'52: เြ่งวิกฤตเศรษฐกิจ (ฉบับส่งสื่อมวลชน). *ศูนย์วิจัยกสิกรไทย*, 15(2397), 1-7.
- สิริยา ทันเจริญ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพโรงพยาบาล การเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจกับความเชื่อมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี อยู่ผ่อง, และบุญทิพย์ สิริรังศรี. (2557). ปัจจัยการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาล ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร. ใน *เอกสารการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาราช ครั้งที่ 4*. หน้า 1-13. นครบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช.
- สุกัลกษณ์ ธาณิรัตน์, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, และสุจิรา วิเชียรรัตน์. (2550). การติดตามสมรรถนะทาง การพยาบาลของผู้สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2547 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัด นครบุรี (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครบุรี.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2559). การวิเคราะห์ข้อมูลใน การวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 23). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาณี คงชุม. (2550). การศึกษาลักษณะโรงพยาบาล ที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณรัตน์ คันทา, เดช เกตุฉ่ำ, กฤษดา แสงวดี, และ ดวงทิพย์ วีระวิทย์. (2556). การย้ายงานของ พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารสภา การพยาบาล*, 28(3), 19-31.
- อูษณี ณ ตะกั่วทุ่ง. (2551). การศึกษาความเป็นโรงพยาบาล ดึงดูดใจตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American Nurses Credentialing Center (ANCC). (2014). *2014 Magnet application manual*. Silver Spring: Author.
- Brady-Schwartz, D. C. (2005). Further evidence on the magnet recognition program: Implications for nursing leaders. *Journal of Nursing Administration*, 35(9), 397-403.
- Cox, K. S., Carroll, C. S., & Sexton, K. (2005). *Achieving magnet status: Demonstrating nursing excellence*. Retrieved April 5, 2015, from <http://findarticles.com>
- Deming, W. E. (1986). *Out of crisis*. Boston: The Massachusetts Institute of Technology Center for Advance Engineering Study.
- Hayhurst, A., Saylor, C., & Stuenkel, D. (2005). Work environmental factors and retention of nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 283-288.
- Lacey, S. R., Cox, K. S., Lorfing, K. C., Teasley, S. L., Carroll, C. A., & Sexton, K. (2007). Nursing support, workload, and intent to stay in Magnet, Magnet-aspiring, and non-Magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 37(4), 199-205.
- Pierson, P., Miller, J., & Moore, K. (2007). Engaging staff in the magnet journey: The key of communication. *MEDSURG Nursing*, 16(1), 23-28.
- Romano, M. A. (2002). Strong attraction: As hospital seek "Magnet" status to retain nurses and improve care, some see the program as little more than a pricey gimmick. *Modern Healthcare*, 32(50), 28-38.

Steven, T. H. (2009). *Nursing turnover: Costs, causes, & solutions success factors for healthcare*. Retrieved June 2, 2017, from <http://www.nmlegis.gov/lcs/handouts>

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยแอโรบิคฮูลาฮoop และ
การให้ความรู้ด้านโภชนาการ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อดัชนีมวลกาย
เส้นรอบเอว และระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ***
**Effects of Program Promoting Aerobic Hula Hoop Exercise and
Nutritional Education with Social Support on Body Mass Index,
Waistline, and Blood Lipid in Persons at Risk of Metabolic Syndrome ***

มะลิวัลย์ แซ่ไธล, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) **

Maliwan Saelai, M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner) **

นพวรรณ เปียชื่อ, ปส.ด. (การพยาบาล) ***

ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์, พย.ด. (การพยาบาล) ****

Noppawan Piaseu, Ph.D. (Nursing) ***

Ladaval Ounprasertpong Nicharojana, D.N.S. (Nursing) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยแอโรบิคฮูลาฮoop และการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง จำนวน 38 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยแอโรบิคฮูลาฮoop แนวทางการให้ความรู้ด้านโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคม อุปกรณ์การออกกำลังกายด้วยแอโรบิคฮูลาฮoop อุปกรณ์การตรวจร่างกาย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพ และแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการคำนวณพลังงานประจำวัน ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ paired *t*-test และ repeated measure ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.358, p < .05$ และ $F = 1.201, p < .05$ ตามลำดับ) 2) หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.711, p < .001$; $F = 5.079, p < .001$; $F = 6.737, p < .001$ และ $F = 7.908, p < .001$ ตามลำดับ) และ 3) หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** มหบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

โรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันเอชดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.840, p < .001$ และ $t = 3.690, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรนำการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกฮูลาฮoop ไปประยุกต์ใช้กับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดทำเป็นวีดิทัศน์การออกกำลังกาย และดำเนินการให้เหมาะสมทั้งด้านระยะเวลา ความถี่ และความต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมออกกำลังกายด้วยแอโรบิกฮูลาฮoop

คำสำคัญ: การออกกำลังกาย แอโรบิกฮูลาฮoop โรคอ้วนลงพุง

Abstract

This quasi-experimental research aimed at investigating effects of a program promoting aerobic hula hoop exercise and nutritional education with social support on body mass index (BMI), waistline, and blood lipids in persons at risk of metabolic syndrome. The samples consisted of 38 persons at risk of metabolic syndrome. The research instruments included a program promoting aerobic hula hoop exercise, a guideline for nutritional education with social support, an equipment of aerobic hula hoop exercise, an equipment of health assessment, a questionnaire of demographic data, a recording form of health data, and a recording form of dietary intake and calculated daily energy. The implementation and data collection were conducted from June to October, 2013. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, paired t -test, and repeated measure ANOVA with multiple comparisons by LSD.

The research results revealed that: 1) at week 8 and 12 after the program, persons at risk of metabolic syndrome had statistically significant lower average BMI than before the program ($F = 1.358, p < .05$ and $F = 1.201, p < .05$, respectively); 2) at week 4, 8, 12, and 16 after the program, persons at risk of metabolic syndrome had statistically significant lower average waistline than before the program ($F = 2.711, p < .001$; $F = 5.079, p < .001$; $F = 6.737, p < .001$ and $F = 7.908, p < .001$, respectively); and 3) at week 12 after the program, persons at risk of metabolic syndrome had statistically significant lower average blood triglyceride and higher average blood HDL-cholesterol than before the program ($t = 4.840, p < .001$ and $t = 3.690, p < .001$, respectively).

This research suggested that health care providers should apply this aerobic hula hoop exercise for persons at risk of metabolic syndrome via video using with appropriate time, frequency, and continuity. Also, the formation of aerobic hula hoop exercise group or club should be promoted.

Keywords: Exercise, Hula hoop aerobics, Metabolic syndrome

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) หรือโรคอ้วนลงพุง เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญอาหารไปเป็นพลังงานของร่างกาย จนเกิดการสะสมของอาหารที่ได้รับเกินความต้องการของร่างกายไว้ตามส่วนต่างๆ ซึ่งจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; International Diabetes Federation: IDF, 2006) ซึ่งในปัจจุบัน องค์การต่างๆ ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินและวินิจฉัยโรคอ้วนลงพุงไว้แตกต่างกัน โดยสหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้กำหนดปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุงไว้คือ มีเส้นรอบเอว 90 ซม. ขึ้นไป ในผู้ชาย และ 80 ซม. ขึ้นไป ในผู้หญิง ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอีก 2 ใน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอล น้อยกว่า 40 มก./ดล. ในผู้ชายหรือน้อยกว่า 50 มก./ดล. ในผู้หญิง 2) ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือด 150 มก./ดล. ขึ้นไป 3) ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 mmHg. หรือกำลังรับประทานยาลดความดันโลหิต หรือกำลังได้รับการรักษา และ 4) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 6-8 ชม. 100 มก./ดล. ขึ้นไป (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; IDF, 2006)

ผลการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2552 โดยการเปรียบเทียบกับ 10 ประเทศในอาเซียนพบว่าโรคอ้วนลงพุงในชายไทยมีความชุกเป็นลำดับที่ 4 ในขณะที่หญิงไทยมีความชุกของโรคอ้วนลงพุงเป็นลำดับที่ 2 รองจากประเทศมาเลเซีย และจากการศึกษาเดียวกันนี้ยังพบโรคอ้วนลงพุงในเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 18.60 และ 45 ตามลำดับ) (วิชัย เอกพลากร, 2554) ซึ่งผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ โดยข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2548 ประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคอ้วน เป็นจำนวน 35 ล้านคนต่อปี และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 388 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558 ในขณะที่การศึกษาความชุกของโรคอ้วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก 14 ประเทศ

ในปี พ.ศ. 2548 พบว่าประเทศไทยได้รับการจัดอันดับอยู่ในลำดับที่ 5 ที่มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 50 (วิชัย เอกพลากร, 2554) เมื่อพิจารณาเป็นเขตพื้นที่ พบว่ากรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงกว่าทุกพื้นที่ของประเทศไทย รองลงมาคือ ภาคกลาง และต่ำสุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557)

สาเหตุหรือปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดโรคอ้วนลงพุง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตมีการเคลื่อนไหวร่างกายและให้พลังงานน้อยลง พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายน้อยลง รวมถึงการรับประทานอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น ส่งผลให้มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานหรือโรคอ้วนลงพุงตามมา (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสุขภาพคนไทย ปี 2557 ที่พบว่าประชากรไทยบริโภคอาหารไขมันสูงถึงร้อยละ 86.30 ดื่มน้ำอัดลมและเครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 71.70 และรับประทานอาหารจานด่วน ร้อยละ 15.30 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมธิงบางชนิด โรคของถุงน้ำดี ความผิดปกติของกระดูกและข้อ หูดหยาบใจขณะนอนหลับ และอาจทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ที่เป็โรคอ้วนลงพุงมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานมากกว่าบุคคลทั่วไป 3-5 เท่า (Wiklund et al., 2008; Zaliunas et al., 2008) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความรู้สึกลำบากน้อยและอับอายเมื่อถูกล้อเลียนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ และมีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวมากกว่าคนปกติ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) รวมทั้งผลกระทบต่อตนเองในชีวิตประจำวัน หรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งคิดเป็นต้นทุนที่เสียไปจากการป่วยและขาดงาน 6,558 ล้านบาท ในขณะที่ด้านเศรษฐกิจนั้นต้องสูญเสียงบประมาณและค่าใช้จ่ายถึง 5,584 ล้านบาท (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) ซึ่งการจัดการปัญหานี้จำเป็นต้องดำเนินการทั้งด้านการรักษาและการควบคุม

ป้องกันควบคู่กันไป

สำหรับการรักษาโรคอ้วนลงพุงนั้น จำแนกเป็นการรักษาโดยใช้ยาลดน้ำหนัก ยาลดความอยากอาหาร และยาลดไขมันในเลือดในผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งมีผลข้างเคียงในการใช้ระยะยาวต่อดัชนีน้ำตาล และการทำลายโคเอนไซม์คิวเทน ซึ่งก่อให้เกิดโรคหัวใจตามมาได้ และยากลุ่มนิโคตินิกแอซิด (nicotinic acid) อาจทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (ณัฐฐ ลิขหภูมิ, 2553) นอกจากนี้ยังมีการรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อลดภาวะอ้วนลงพุง การลดระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ (ชัยชาญ ติโรจนวงศ์, 2554) รวมทั้งการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ที่ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายทุกระบบของร่างกายให้ดีขึ้น และชะลอความเสื่อมของร่างกาย (วนิดา กิจวรพัฒน์, 2554) ลดโอกาสเกิดโรคอ้วนลงพุงได้มากกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายถึง 5.93 เท่า (Chatngern, 2008) ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด และลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 27 (Thompson et al., 2003)

ปัจจุบันมีการประยุกต์รูปแบบการออกกำลังกายแบบแอโรบิกร่วมกับฮูลาฮoop ซึ่งสามารถเผาผลาญพลังงานได้ถึง 7 กิโลแคลอรีต่อนาที นอกจากนี้ การหมุนห่วงฮูลาฮoop จะใช้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้องและเอวในการหมุนประคองห่วง ทำให้ห่วงฮูลาฮoop มีการนวดและกระตุ้นไขมันบริเวณหน้าท้อง ซึ่งช่วยสลายไขมัน ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีความกระชับและลดขนาดลงได้ (ไพโรจน์ มาลากุล ณ อยุธยา, 2554) และจากการศึกษาของ American Council on Exercise (ACE) พบว่าการออกกำลังกายโดยใช้ฮูลาฮoop นาน 30 นาที สามารถเผาผลาญพลังงานได้มากถึง 200 กิโลแคลอรี ซึ่งน่าจะเป็นแนวทางที่ดีในการประยุกต์การออกกำลังกายแบบแอโรบิกฮูลาฮoop ในการควบคุมและป้องกันโรคอ้วนลงพุงให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ (รุ่งชัย ขวนไชยะกุล, 2554) โดยส่งเสริมการออกกำลังกาย ร่วมกับการควบคุมอาหารให้มีปริมาณที่พอเหมาะกับตนเอง ตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้วยหลักการ “สร้างนำซ่อม” (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกฮูลาฮoop และการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก ด้านการให้ความช่วยเหลือเรื่องสิ่งของหรือบริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง ตามแนวทางของ House (1981) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกฮูลาฮoop จะช่วยส่งผลให้ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง ตลอดจนส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคอ้วนลงพุง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกายของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16
2. เพื่อเปรียบเทียบเส้นรอบเอวของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือด ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนการทดลอง

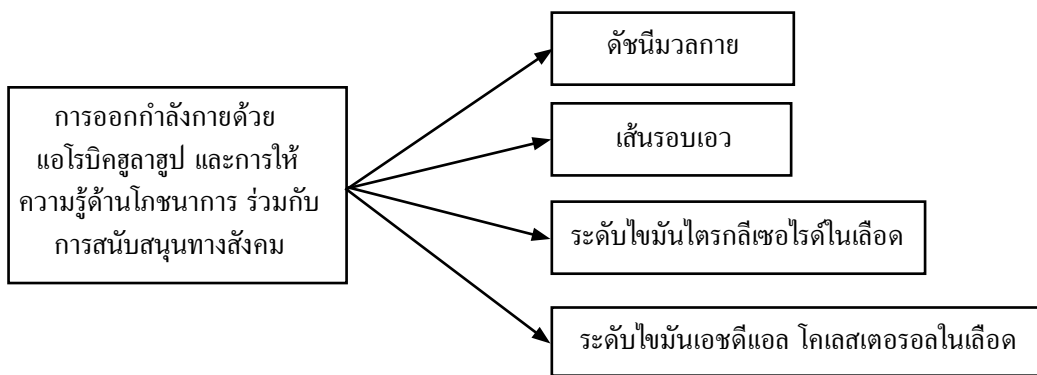
2. หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีเส้นรอบเอวน้อยกว่าก่อนการทดลอง

3. หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลอง

4. หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือด มากกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยแอโรบิคชุดาสุป และการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวทางของ House (1981) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะส่งผลต่อดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับไขมันในเลือดสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลังการทดลอง และติดตามผล (one group, pretest-posttest and follow-up design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ 2556/684)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่มิอายุ 20 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง และเข้าร่วมโครงการ Hula Hoop Hula Hit พิธีทพุง ของโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม 2555 จำนวน

102 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เกณฑ์หลัก: มีเส้นรอบเอวผิดปกติ คือ 90 ซม. ขึ้นไปในเพศชาย และ 80 ซม. ขึ้นไปในเพศหญิง เกณฑ์รอง (อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ): 1) มีไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือด 150 มก./ดล. ขึ้นไป 2) มีไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือด น้อยกว่า 40 มก./ดล. ในเพศชาย หรือน้อยกว่า 50 มก./ดล. ในเพศหญิง 3) ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 mmHg. หรือกำลังได้รับยาลดความดันโลหิต หรือกำลังได้รับการรักษา และ 4) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 6-8 ชั่วโมง 100 มก./ดล. ขึ้นไป และเกณฑ์อื่น ๆ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ 1) มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย ได้แก่ เป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ที่ระดับความดันโลหิต

มากกว่า 200/110 mmHg. ขณะพัก โรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 300 มก./ดล. หรือมากกว่า 240 มก./ดล. ร่วมกับตรวจพบสารคีโตนในปัสสาวะเคียวผิดปกติระดับสูง และ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 2) เป็นผู้กำลังตั้งครรภ์ และ 3) มั่นใจว่าไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามที่กำหนด สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ 1) ได้รับบาดเจ็บจนไม่สามารถออกกำลังกายได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และ 3) ขอดถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 38 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกซูลาสูป ผู้วิจัยพัฒนาเพิ่มเติมจากโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยซูลาสูป ในงานวิจัยของฆารินทร์สิงห์สวัสดิ์ (2555) เป็นขั้นตอนการออกกำลังกายประกอบดนตรีในจังหวะที่เร้าใจและมีความสนุกสนาน รวมทั้งสิ้น 8 จังหวะ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำการออกกำลังกาย ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ครั้งละประมาณ 40 นาที โดยการออกกำลังกายแต่ละครั้งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามหลักการออกกำลังกาย ได้แก่ ระยะที่ 1 warm up phase เป็นการอบอุ่นร่างกายและเตรียมความพร้อมเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อของร่างกายก่อนการออกกำลังกายจริง ใช้เวลา 5 นาที ระยะที่ 2 exercise phase เป็นการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกซูลาสูป ใช้เวลา 30 นาที และระยะที่ 3 cool down phase หรือ warm down phase เป็นการผ่อนคลายร่างกาย โดยให้ออกกำลังกายเบาๆ และช้าลงเรื่อยๆ ตามลำดับใช้เวลา 5 นาที (American College of Sports Medicine: ACSM, 2006)

1.2 แนวทางการให้ความรู้ด้านโภชนาการและการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาเพิ่มเติมจากโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ในงานวิจัยของฆารินทร์ สิงห์สวัสดิ์ (2555) ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลด้านโภชนาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับอาหาร 5 หมู่ การเลือกรับประทานเพื่อให้มีสุขภาพดี การรับประทานอาหารที่ถูกต้องวิธี การรับประทานแบบนับปริมาณแคลอรี

และอาหารแลกเปลี่ยน 2) การบันทึกปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน เพื่อควบคุมการรับประทานอาหาร และการควบคุมกำกับจากการคำนวณปริมาณแคลอรีโดยผู้วิจัย และ 3) การพูดคุยและให้คำแนะนำในการบันทึก สร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจโดยการให้รางวัล

1.3 อุปกรณ์การออกกำลังกายด้วยแอโรบิกซูลาสูป ประกอบด้วย 1) ห่วงซูลาสูป ซึ่งมีน้ำหนัก 1.5 กิโลกรัม เส้นผ่านศูนย์กลาง 41.5 นิ้ว ขนาดความใหญ่ 5 นิ้ว และเส้นรอบวง 138 นิ้ว (รุ่งชัย ชวนไชยะกุล, 2554) 2) วิกิตันการเต้นซูลาสูป สำหรับฝึกสอนการเต้นที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บบริเวณบั้นเอวและข้อเข่า และ 3) ซีดีประกอบการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกซูลาสูป

1.4 อุปกรณ์การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย 1) สายวัดเส้นรอบเอว 2) เครื่องวัดส่วนสูง 3) เครื่องวัดความดันโลหิต และ 4) อุปกรณ์การเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับไขมันในเลือด

ทั้งนี้ โปรแกรมฯ และแนวทางฯ ดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน จากนั้นดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการทำงานต่อวัน รายได้ ประวัติโรคประจำตัวยาที่ได้รับประทานเป็นประจำ วิธีการดื่มน้ำหนักอื่นๆ และการออกกำลังกาย จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือด

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการรับประทานอาหาร และการคำนวณพลังงานประจำวัน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบบันทึกการรับประทานอาหารของโปรแกรมการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในงานวิจัยของมารินทร์ สิทธิสวัสดิ์ (2555)

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการพหุสัมพันธ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาตอบประมาณ 10 นาที จากนั้นประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว และตรวจเลือดหาระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และระดับไขมันเอชดีแอล โคลเลสเตอรอลก่อนการทดลอง (pre-test)

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยแอโรบิคสูดอากาศ และได้รับแนวทางการให้ความรู้ด้านโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคม ในส่วนการออกกำลังกายด้วยแอโรบิคสูดอากาศนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมตามความสะดวก อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 12 สัปดาห์

4. ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินดัชนีมวลกาย และวัดเส้นรอบเอว หลังการทดลอง (post-test)

5. ในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว และตรวจเลือดหาระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และระดับไขมันเอชดีแอล โคลเลสเตอรอล หลังการทดลอง (post-test) รวมทั้งสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

6. ในสัปดาห์ที่ 13-16 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายด้วยแอโรบิคสูดอากาศตามโปรแกรมฯ ด้วยตนเองที่บ้าน รวมทั้งให้บันทึกการรับประทานอาหารและการคำนวณพลังงานประจำวันในแบบบันทึกฯ โดยผู้วิจัยติดตาม

การออกกำลังกายทุกสัปดาห์ โดยติดตามทางโทรศัพท์ และนัดพบสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

7. ในสัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินดัชนีมวลกาย และวัดเส้นรอบเอว หลังการทดลอง (post-test)

หมายเหตุ: ในช่วงที่ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ไปรับการรักษาหรือบำบัดโรคอ้วนลงพุงจากสถานบริการ รวมทั้งไม่ใช้ผลิตภัณฑ์หรืออาหารเสริมลดน้ำหนักใดๆ และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับห้วงสูดอากาศเป็นของขวัญสำหรับนำไปออกกำลังกายด้วยแอโรบิคสูดอากาศด้วยตนเองที่บ้าน
ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16 วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD ส่วนการเปรียบเทียบระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือด และระดับไขมันเอชดีแอล โคลเลสเตอรอลในเลือด ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.47 มีอายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.16 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.24 ปี (SD = 10.30) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 63.16 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.78 มีอาชีพพยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.32 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงานต่อวัน 8 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 78.95 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.26 โดยมีรายได้เฉลี่ย 22,340.60 บาทต่อเดือน (SD = 13,184.30) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว

คิดเป็นร้อยละ 76.32 ไม่มียาที่รับประทานเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 76.32 ไม่ใช้วิธีการลดน้ำหนักอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 84.21 และมีการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.69

2. การเปรียบเทียบดัชนีมวลกายของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16 พบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.358$, $p < .05$ และ $F = 1.201$; $p < .05$ ตามลำดับ) แต่พบว่าหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 16 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายไม่แตกต่างจาก

ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8, 12 และ 16 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายน้อยกว่าในสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = .803$, $p < .001$; $F = .645$, $p < .001$ และ $F = .384$, $p < .001$ ตามลำดับ) หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และ 16 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายมากกว่าในสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = -.157$, $p < .001$ และ $F = -.418$, $p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่าหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 16 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายมากกว่าในสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = -.261$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16 ($n = 38$)

ช่วงเวลา	min - max	$\bar{X}$ (SD)	mean difference (MD)				
			ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4	หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8	หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 16
ก่อนการทดลอง	20.20 - 45.00	27.28 (5.36)	-	.555	1.358 ^a	1.201 ^b	.939
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4	19.90 - 39.20	26.72 (4.37)	-	-	.803 ^c	.645 ^d	.384 ^e
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8	19.69 - 38.46	25.92 (4.28)	-	-	-	-.157 ^f	-.418 ^g
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	19.70 - 38.30	26.08 (4.31)	-	-	-	-	-.261 ^h
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 16	19.80 - 38.90	26.34 (4.34)	-	-	-	-	-

หมายเหตุ: $F = 1393.493$, $p < .001$, a: $p = .015$, b: $p = .023$, c: $p < .001$, d: $p < .001$, e: $p < .001$, f: $p < .001$, g: $p < .001$ และ h: $p = .015$

3. การเปรียบเทียบเส้นรอบเอวของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16 พบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.711$, $p < .001$; $F = 5.079$, $p < .001$; $F = 6.737$, $p < .001$ และ $F = 7.908$, $p < .001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8, 12 และ 16 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวน้อยกว่าในสัปดาห์

ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.368$, $p < .001$; $F = 4.026$, $p < .001$ และ $F = 5.197$, $p < .05$ ตามลำดับ) หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และ 16 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวน้อยกว่าในสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.658$, $p < .001$ และ $F = 2.829$, $p < .001$ ตามลำดับ) แต่พบว่าหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 16 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวไม่แตกต่างจากในสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16 ($n = 38$)

ช่วงเวลา	min - max	$\bar{X}$ (SD)	mean difference (MD)				
			ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4	หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8	หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 16
ก่อนการทดลอง	85 - 120	91.13 (8.84)	-	2.711 ^a	5.079 ^b	6.737 ^c	7.908 ^d
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4	74 - 120	88.42 (9.03)	-	-	2.368 ^e	4.026 ^f	5.197 ^g
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8	74 - 118	86.05 (8.82)	-	-	-	1.658 ^h	2.829 ⁱ
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	73 - 115	84.39 (8.33)	-	-	-	-	1.171
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 16	69 - 116	83.22 (9.03)	-	-	-	-	-

หมายเหตุ: $F = 11.275$, $p < .001$, a: $p < .001$, b: $p < .001$, c: $p < .001$, d: $p < .001$, e: $p < .001$, f: $p < .001$, g: $p = .014$, h: $p < .001$ และ i: $p < .001$

4. การเปรียบเทียบระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 พบว่าหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วน

ลงพุงมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.840$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ($n = 38$)

ช่วงเวลา	ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (มก./ดล.)			<i>t</i>	<i>p</i>
	min - max	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	39 - 201	123.66	38.79	4.840	< .001
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	52 - 174	109.68	35.44		

5. การเปรียบเทียบระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 พบว่าหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อ

โรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือดมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.690, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ($n = 38$)

ช่วงเวลา	ระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือด (มก./ดล.)			<i>t</i>	<i>p</i>
	min - max	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	40 - 66	49.71	6.87	3.690	< .001
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	41 - 82	53.29	9.36		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16 มีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกสูลาซูป และได้รับแนวทางการให้ความรู้ด้านโภชนาการ และการสนับสนุน

ทางสังคม ในส่วนการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกสูลาซูปนั้น ขณะที่หมุนห่วงจะใช้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้องและเอวในการหมุนประคองห่วง ทำให้ห่วงสูลาซูปมีการนวดและกระตุ้นไขมันบริเวณหน้าท้อง ซึ่งเป็นการช่วยสลายไขมันเกิดการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินและที่ได้รับเข้าไปใหม่จากการรับประทานในแต่ละวัน ส่งผลให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีความกระชับ แข็งแรง และยืดหยุ่นตัวดีขึ้น ขณะเดียวกันยังมีการควบคุมการรับประทานอาหารโดยการบันทึกปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวันในปริมาณที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนทางสังคม อันส่งผลให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อ

โรคอ้วนลงพุงมีแรงผลักดันในการให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกสูลาสูป ที่ต้องใช้เวลารั้งละประมาณ 40 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 16 สัปดาห์ ทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีน้ำหนักตัวลดลง ส่งผลให้ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงตามไปด้วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปุนยวีส์ วราเศรษฐิกานนท์ (2554) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยสูลาสูปที่มีผลต่อเส้นรอบเอวและรอบสะโพกของผู้หญิงอายุ 18-39 ปี และมีเส้นรอบวงเอว 30 นิ้วขึ้นไป โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยสูลาสูป เป็นเวลา 60 นาที โดยเพิ่มความหนักด้วยท่าประกอบการออกกำลังกายด้วยสูลาสูป 8 จังหวะ ส่วนกลุ่มควบคุมออกกำลังกายตามปกติ จำนวน 3 วัน ต่อสัปดาห์ พบว่าเส้นรอบเอวและรอบสะโพกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของอำไพ ทองแบน (2550) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อการลดระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง อายุ 35 ปีขึ้นไป และมีระดับไขมันโคเลสเตอรอลมากกว่า 240 มก./ดล. แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน มีการออกกำลังกายสะสมระยะทางการออกกำลังกายสะสมเวลา และการออกกำลังกายด้วยจักรยาน ตามลำดับ ไม่ต่ำกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าหลังการออกกำลังกายแต่ละแบบ ระดับไขมันในเลือดชนิดโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ลดลงกว่าก่อนการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีทางสรีรวิทยาและทฤษฎีทางชีวเคมี เนื่องจากในช่วง 15 นาทีแรก ของการออกกำลังกาย ร่างกายจะดึงน้ำตาลจากตับไปใช้เป็นพลังงาน จากนั้นร่างกายจะเริ่มเปลี่ยนแปลงที่ได้รับจากการรับประทานอาหารมาเป็นน้ำตาลและนำมาใช้เป็นพลังงานในการออกกำลังกาย หลังจากการออกกำลังกายนาน 20 นาทีขึ้นไป ร่างกายจะดึงพลังงานสำรองที่เก็บไว้

ในรูปของไขมันมาใช้ ทำให้เกิดกระบวนการเผาผลาญไขมันโดยมีการสลายไตรกลีเซอไรด์ในกล้ามเนื้อมาใช้เป็นพลังงาน (ชาญวิทย์ โคธีรานุรักษ์, 2549) ส่งผลให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือดมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกสูลาสูป ด้วยความหนักปานกลางอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ตามหลักการออกกำลังกาย ของวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (ACSM, 2006) โดยใช้เวลารั้งละประมาณ 40 นาที เป็นเวลา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของร่างกายและเผาผลาญไขมันส่วนเกิน โดยการกระตุ้นการทำงานของกระบวนการเมตาบอลิซึมของไขมัน ทำให้เอนไซม์ไลโปโปรตีน ไลเปส ไปเปลี่ยนโคไลไมครอนและส่วนประกอบย่อยของวีแอลดีแอล โคเลสเตอรอล ไปเป็นเอชดีแอล โคเลสเตอรอล ทำให้ระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น (กฤษณ์ ไกรภักดี, 2553) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 89.47 มีอายุเฉลี่ย 51.24 ปี และมีการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 73.69 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์หลักการทางสรีรวิทยา อาจกล่าวได้ว่าเพศหญิงที่อยู่ในวัยกลางคนนั้น หากมีการออกกำลังกายน้อยหรือไม่ออกกำลังกายเลย จะส่งผลให้มีปริมาณไขมันส่วนเกินสะสมได้ผิวหนัง โดยเฉพาะรอบเอว พุง สะโพก แล้วทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ แต่เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้มีแรงผลักดันในการให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกสูลาสูป ซึ่งเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความหนักพอเหมาะ อย่างต่อเนื่อง จนส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแจ่มใส จันทร์กลาง (2552) ที่ศึกษากิจกรรมสัปดาห์ที่มีผลต่อความสามารถในการทำงานและระดับไขมันในเลือดของคนวัยทำงาน อายุ 40-59 ปี โดยการออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางตามวิถีทัศนกิจกรรมทางกาย

โรคอ้วนลงพุงมีแรงผลักดันในการให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกสูลาซูป ที่ต้องใช้เวลารั้งละประมาณ 40 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 16 สัปดาห์ ทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีน้ำหนักตัวลดลง ส่งผลให้ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงตามไปด้วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปุนยวีส์ วราเศรษฐิกานนท์ (2554) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยสูลาซูปที่มีผลต่อเส้นรอบเอวและรอบสะโพกของผู้หญิงอายุ 18-39 ปี และมีเส้นรอบวงเอว 30 นิ้วขึ้นไป โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยสูลาซูป เป็นเวลา 60 นาที โดยเพิ่มความหนักด้วยท่าประกอบการออกกำลังกายด้วยสูลาซูป 8 จังหวะ ส่วนกลุ่มควบคุมออกกำลังกายตามปกติ จำนวน 3 วัน ต่อสัปดาห์ พบว่าเส้นรอบเอวและรอบสะโพกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของอำไพ ทองแบน (2550) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อการลดระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง อายุ 35 ปีขึ้นไป และมีระดับไขมันโคเลสเตอรอลมากกว่า 240 มก./ดล. แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน มีการออกกำลังกายสะสมระยะทางการออกกำลังกายสะสมเวลา และการออกกำลังกายด้วยจักรยาน ตามลำดับ ไม่ต่ำกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าหลังการออกกำลังกายแต่ละแบบ ระดับไขมันในเลือดชนิดโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ลดลงกว่าก่อนการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีทางสรีรวิทยาและทฤษฎีทางชีวเคมี เนื่องจากในช่วง 15 นาทีแรก ของการออกกำลังกาย ร่างกายจะดึงน้ำตาลจากตับไปใช้เป็นพลังงาน จากนั้นร่างกายจะเริ่มเปลี่ยนแปลงที่ได้รับจากการรับประทานอาหารมาเป็นน้ำตาลและนำมาใช้เป็นพลังงานในการออกกำลังกาย หลังจากการออกกำลังกายนาน 20 นาทีขึ้นไป ร่างกายจะดึงพลังงานสำรองที่เก็บไว้

ในรูปของไขมันมาใช้ ทำให้เกิดกระบวนการเผาผลาญไขมันโดยมีการสลายไตรกลีเซอไรด์ในกล้ามเนื้อมาใช้เป็นพลังงาน (ชาญวิทย์ โคธีรานุกฤษ, 2549) ส่งผลให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือดมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกสูลาซูป ด้วยความหนักปานกลางอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ตามหลักการออกกำลังกาย ของวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (ACSM, 2006) โดยใช้เวลารั้งละประมาณ 40 นาที เป็นเวลา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของร่างกายและเผาผลาญไขมันส่วนเกิน โดยการกระตุ้นการทำงานของกระบวนการเมตาบอลิซึมของไขมัน ทำให้เอนไซม์ไลโปโปรตีน ไลเปส ไปเปลี่ยนโคไลไมครอนและส่วนประกอบย่อยของวีแอลดีแอล โคเลสเตอรอล ไปเป็นเอชดีแอล โคเลสเตอรอล ทำให้ระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น (กฤษณ์ ไกรภักดี, 2553) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 89.47 มีอายุเฉลี่ย 51.24 ปี และมีการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 73.69 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์หลักการทางสรีรวิทยา อาจกล่าวได้ว่าเพศหญิงที่อยู่ในวัยกลางคนนั้น หากมีการออกกำลังกายน้อยหรือไม่ออกกำลังกายเลย จะส่งผลให้มีปริมาณไขมันส่วนเกินสะสมได้ผิวหนัง โดยเฉพาะรอบเอว พุง สะโพก แล้วทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ แต่เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้มีแรงผลักดันในการให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกสูลาซูป ซึ่งเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความหนักพอเหมาะ อย่างต่อเนื่อง จนส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแจ่มใส จันทร์กลาง (2552) ที่ศึกษากิจกรรมสัปดาห์ที่มีผลต่อความสามารถในการทำงานและระดับไขมันในเลือดของคนวัยทำงาน อายุ 40-59 ปี โดยการออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางตามวิถีทัศนกิจกรรมทางกาย

ประกอบเสียงเพลง ครั้งละ 30 นาที จำนวน 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของลินี เจริญศิริกิจ (2551) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบฟอนเจิง มข. ต่อระดับไขมันในเลือด ในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด กลุ่มทดลองได้รับยาและการออกกำลังกายแบบแอโรบิก แบบฟอนเจิง มข. ครั้งละ 44 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับยาตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือด เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรนำการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกสูดาสูปไปประยุกต์ใช้กับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดทำเป็นวีดิทัศน์ การออกกำลังกาย ซึ่งทำให้มีความน่าสนใจในการนำไปใช้ยิ่งขึ้น

1.2 บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกสูดาสูปให้ได้ผลดี โดยดำเนินการให้ครอบคลุมประกอบตามหลักการออกกำลังกาย ทั้งด้านระยะเวลา ความถี่ และความต่อเนื่อง โดยใช้เวลาอย่างน้อย 8 สัปดาห์ จึงจะส่งผลให้ทั้งดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ลดลง หรือใช้เวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ จึงจะทำให้ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดลดลง และระดับไขมันเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น

1.3 ผู้ที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมออกกำลังกายด้วยแอโรบิกสูดาสูปในสถานบริการสาธารณสุขหรือชุมชน โดยหน่วยงานต่างๆ ให้การสนับสนุนทางสังคมมีผู้นำและคนตรีประกอบที่มีจังหวะเร้าใจและสนุกสนาน ซึ่งจะทำให้มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการออกกำลังกายยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้วิธีการสุ่ม ซึ่งจะทำให้การวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่มีแนวโน้มลดลงจากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในช่องท้อง และศึกษาระยะเวลาที่เหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ดีที่สุดของแต่ละตัวแปรที่ศึกษา เมื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แนวทางเวชปฏิบัติโรคอ้วน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กฤษณ์ ไกรภักดี. (2553). *Exercise in metabolic syndrome*. สืบค้น 13 มกราคม 2556, จาก <http://www.chiromedbangkok.com>

แจ่มใส จันทร์กลาง. (2552). *กิจกรรมเข้าจังหวะที่มีผลต่อความสามารถในการทำงานและระดับไขมันในเลือดของคนวัยทำงาน อายุ 40-59 ปี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2554). ยาและการผ่าตัดรักษาอ้วนและอ้วนลงพุง. ใน วรณิ นิธิยานันท์. (บ.ก.). *อ้วนและอ้วนลงพุง*. หน้า 116-127. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดียมาร์เก็ตติ้ง.

ชาญวิทย์ โคธีรานุกรณ์. (2549). สรีรวิทยาการออกกำลังกาย. ใน *เอกสารการประชุมสัมมนาเวทีวิชาการ การเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

ณัฐรุส ลิ้มหมู่. (บ.ก.). (2553). *เภสัชวิทยา: เนื้อหาสำคัญและแบบฝึกหัด*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.

- นลินี แจ่มสาริกิจ. (2551). *ผลของการออกกำลังกายแบบฟิสิกซ์ มข. ต่อระดับไขมันในเลือดในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญยวีร์ วราเศรษฐ์กานนท์. (2554). *ผลของการออกกำลังกายด้วยฮูลาฮoop ที่มีต่อเส้นรอบวงเอวและเส้นรอบวงสะโพกของผู้หญิง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นครนายก: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ไพโรจน์ มาลากุล ณ อยุธยา. (2554). *กล้ามเนื้อกระชับสัดส่วนด้วยฮูลาฮoop*. สืบค้น 14 มกราคม 2558, จาก <http://www.goodfoodgoodlifein.th>
- รุ่งชัย ชวนไชยะกุล. (2554). *ฮูลาฮoop...ทางเลือกที่เหมาะสมกับคุณ (จริงหรือ?)*. สืบค้น 3 มกราคม 2556, จาก <http://www.spk.onab.go.th>
- วณิศา กิจวรพัฒน์. (2554). *พิชิตอ้วน พิชิตพุง กรมอนามัยส่งเสริมคนไทยไร้พุง*. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย เอกพลากร. (2554). *ระบาวิทยาของภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง*. ใน *วรรณ นิธิยานันท์. (บ.ก.). อ้วนและอ้วนลงพุง*. หน้า 9-15. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดียมาร์เก็ตติ้ง.
- ยรินทร์ สิงห์สวัสดิ์. (2555). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฮูลาฮoop ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง เส้นรอบเอว และระดับไขมันในเลือดของบุคลากรสุขภาพ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). *รายงานสุขภาพคนไทย 2557*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บ.ก.). (2554). *การสาธารณสุขไทย 2551-2553*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อำไพ ทองแบน. (2550). *ผลของการออกกำลังกายต่อการลดระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- American College of Sports Medicine. (2006). *ACSM's resource manual for guideline for exercise testing and prescription* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.
- Chatngern, D. (2008). *The association between lifestyle and metabolic syndrome among male naval personal in Bangkok and Suburban* (master thesis). Nakornpatom: Mahidol University.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- International Diabetes Federation. (2006). *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. Retrieved December 8, 2010, from <http://www.idf.org>
- Thompson, P. D., et al. (2003). Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: A statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*, 107(24), 3109-3116.
- Wiklund, P., et al. (2008). Abdominal and gynoid fat mass are associated with cardiovascular risk factor in men and women. *Endocrine Care*, 93(11), 4360-4366.
- Zaliunas, R., et al. (2008). Prevalence of metabolic syndrome components in patients with acute coronary syndromes. *Medicina*, 44(3), 182-188.

พฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี Self-management Behaviors among Patients with Hypertension in Mueang District, Chanthaburi Province

ราตรี อร่ามศิลป์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) *

Ratree Aramsin, M.N.S. (Family Nursing) *

พัทธยา เกิดกุล, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) *

Pattaya Kerdkul, M.Sc. (Public Health) *

สายใจ จารุจิต, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) **

Saijai Jarujit, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) **

วรรณศิริ ประจันโน, พย.บ. ***

Wansiri Prachanno, B.N.S. ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 330 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .74 และแบบสอบถามพฤติกรรมในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น .77 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนตุลาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t -test และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการตนเองในระดับดี ($\bar{X} = 59.96$, $SD = 6.72$) 2) ผู้ป่วยเพศหญิงกับเพศชาย และผู้ป่วยที่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงกับที่ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมในการจัดการตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.103$, $p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .150$, $p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีการเสริมสร้างพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
คำสำคัญ: พฤติกรรมในการจัดการตนเอง โรคความดันโลหิตสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Abstract

This descriptive research aimed to describe the self-management behaviors among patients with hypertension. The samples consisted of 330 patients with hypertension in Mueang District, Chanthaburi Province. The research instruments were composed of a questionnaire of demographic data, a questionnaire of social support with the reliability of .74, and a questionnaire of self-management behaviors regarding hypertension with the reliability of .77. Data were collected from April to October, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent *t*-test, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that: 1) the patients with hypertension had the mean score of self-management behaviors at a good level ($\bar{X} = 59.96$, $SD = 6.72$); 2) no statistically significant difference were found for self-management behaviors between males and females and between patients with and without family history of hypertension; and 3) age was negatively statistically correlated with self-management behaviors ($r = -.103$, $p < .05$); whereas, social support was positively statistically correlated with self-management behaviors ($r = .150$, $p < .01$).

This research suggested that health care providers involving hypertension care should promote self-management behaviors among patients especially elderly patients, emphasizing family and community participation.

Keywords: Self-management behaviors, Hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงหนึ่งพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก็พบว่ามี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกัน และได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปีมีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้ถึงเกือบ 8 ล้านคน ส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.50 ล้านคน

ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ (WHO, 2011; WHO, 2013) จากรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงจำนวน 5,165 คน ซึ่งสูงกว่าข้อมูลการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2555 ที่มีจำนวน 3,684 คน สถานการณ์การป่วยและการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2546 กับปี พ.ศ. 2556 พบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 389.80 (จำนวน 218,218 คน) เป็น 1,621.72 (จำนวน 1,047,979 คน) ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นกว่า 4.16 เท่า (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข,

2558) โดยคนไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มักไม่รู้ตัวว่าเป็นโรค และเมื่อรู้ตัวว่าเป็นโรค ส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการดูแลรักษา ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากไม่มีอาการ ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสนใจ เมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงจะเริ่มสนใจและรักษา ซึ่งบางครั้งก็อาจทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2559) จากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ในปี 2559 พบว่าจังหวัดจันทบุรีมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 54,378 คน โดยมีอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูง 949 คนต่อปี หรือเฉลี่ยเดือนละ 79 คน ส่วนโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการตาย 134 คนต่อปี หรือเฉลี่ยเดือนละ 11 คน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ ในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี คิดเป็นร้อยละ 31.55 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ ร้อยละ 50 (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพที่ 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2559)

จากสถานการณ์ที่กล่าวมา พบว่าโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญระดับประเทศและระดับพื้นที่ เพราะมีแนวโน้มที่อัตราการป่วยจะสูงขึ้น และมีผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้เป็นจำนวนมาก ซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมมารับประทานของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังการศึกษาของภัทราวลัย ศิติดสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์, และจารุวรรณ ไกลังกา (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าเพศ ระดับการศึกษา ภาวะโรคร่วม ประวัติการดื่มสุรา และการที่มีบุคคลดูแล มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษาของวันวิสา รอดกล่อม, นิสากร วัฒนศัพท์, ปัทมา สุพรรณกุล, และอรอุษา สุวรรณประเทศ (2555) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ เพศ และการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน มีพฤติกรรม

การดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ ปัจจัยจากครอบครัวและสังคม ยังถือว่าเป็นแรงสนับสนุนที่ดีต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังการศึกษาของสุดทัย พลแสน, ชัยยง ขามรัตน์, และอดิพร ทองหล่อ (2554) ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลแห่งหนึ่ง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด และการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ในระดับดี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในการดูแลตนเอง เนื่องจากมนุษย์ล้วนมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่เสมอ ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างจึงเป็นสิ่งสำคัญ สุรีย์พร พานนนท์, ชัยยง ขามรัตน์, และอดิพร ทองหล่อ, (2554) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และการมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยภายนอก คือ แรงสนับสนุนทางสังคม

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าการจัดการตนเอง (self-management) ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมอาการของโรคได้ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเข้าใจอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพอใจในคุณภาพชีวิตของตน ดังนั้น การจัดการตนเองจึงเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อรังให้ประสบความสำเร็จ โดยการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพบุคคลในปัจจุบัน โดยเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้และจัดการพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งพบว่ามีงานการจัดการ

ตนเองมาใช้ทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการสร้างเสริม การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งนี้ Creer (2000) เป็นผู้นำเสนอแนวคิดการจัดการตนเอง โดยเน้นการจัดการ ตนเองในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการจัดการ ตนเองเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วย รวมถึงพฤติกรรม ในการควบคุมโรคด้วยตนเอง ซึ่งการประยุกต์ใช้แนวคิด การจัดการตนเองของ Creer ในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (goal selection) การรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการประเมินผล (self-reaction)

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอ เมือง จังหวัดจันทบุรี ทั้งนี้เนื่องจากมีบริบทที่แตกต่าง จากการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทาง ในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัด จันทบุรี จำแนกตามเพศ และการมีญาติสายตรงเป็น โรคความดันโลหิตสูง

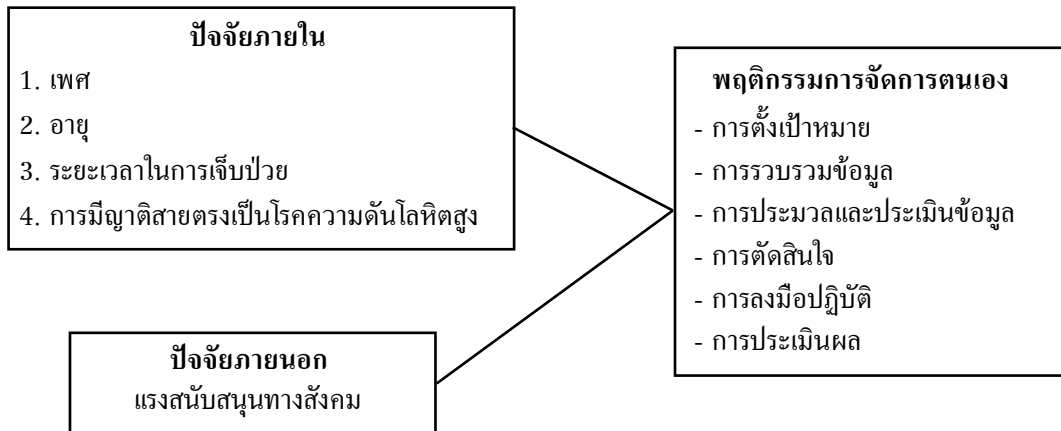
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลา ในการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอ เมือง จังหวัดจันทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงกับเพศชาย มีพฤติกรรมจัดการตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีญาติสายตรง เป็นโรคความดันโลหิตสูงกับที่ไม่มีญาติสายตรงเป็น โรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมจัดการตนเอง แตกต่างกัน
3. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง
5. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมจัดการ ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยคัดสรรตัวแปรต้น ที่ใช้ในการเปรียบเทียบและศึกษาความสัมพันธ์ ประกอบด้วย ตัวแปรที่เป็นปัจจัยภายใน จำนวน 4 ตัวแปร และตัวแปร ที่เป็นปัจจัยภายนอก จำนวน 1 ตัวแปร สรุปเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัด จันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 009)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และ รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 13 แห่ง ปีงบประมาณ 2559 รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 9,493 คน โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสาร ด้วยภาษาไทยได้ และ 3)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ การคัดออกคือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหลอดเลือด สมองตีบ แดง ตัน และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คำนวณขนาด ตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .60 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับ นัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 330 คน จากนั้นคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ ตามสัดส่วน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คณะผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การควบคุม ความดันโลหิต และการมีญาติสายตรงเป็นโรคความดัน โลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ เลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม คณะผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ ครอบครัว ของภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2542) จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ น้อย ปานกลาง และมาก ส่วนเกณฑ์ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ แรงสนับสนุน ทางสังคมในระดับไม่ดี (12-19 คะแนน) ในระดับพอใช้ (20-27 คะแนน) และในระดับดี (28-36 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการ ตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คณะผู้วิจัยดัดแปลง จากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในภาวะ เมตาบอลิกซินโดรม ของอรรถพร ประภาศิริ, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธาระวานิช (2556) มีค่าความเชื่อมั่น .80 จำนวน ทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออก

เป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับ
ไม่ดี (15-34 คะแนน) ในระดับพอใช้ (35-54 คะแนน)
และในระดับดี (55-75 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้
คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม
และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับ
โรคความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูงที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน
30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่า
เท่ากับ .74 และ .77 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาต
ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลในพื้นที่ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อขอ
ข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และขอความร่วมมือ
ในการนัดหมายผู้ป่วย จากนั้นคณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง
ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
ดำเนินการพินิจสิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัว
จากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษา
เป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ
นำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นแจก
แบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบ 20-30 นาที
ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน
ถึงเดือนตุลาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์
ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเอง จำแนกตาม
เพศ และการมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง
วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการหา
ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และ
แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมจัดการตนเอง
วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 โดยมีอายุ
เฉลี่ย 63 ปี ($SD = 12.24$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่
คิดเป็นร้อยละ 61 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็น
ร้อยละ 82.80 มีรายได้พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ มากที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 58.60 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง
1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.27 ส่วนใหญ่สามารถ
ควบคุมความดันโลหิตได้ คิดเป็นร้อยละ 66.50 และมี
ญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 47.10

2. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ย
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับดี ($\bar{X} = 31.46$,
 $SD = 3.12$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนน
เฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนคอยช่วยเหลือ
หรือเพื่อนทอดทิ้ง ($\bar{X} = 2.78$, $SD = .58$) รองลงมา
คือ ผู้ป่วยมีคนไว้วางใจได้สำหรับพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทุกข์สุข
($\bar{X} = 2.75$, $SD = .49$)

3. พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมในระดับดี ($\bar{X} = 59.96$,
 $SD = 6.72$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนน
เฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ป่วยกินยาลดความดันโลหิตครบถ้วน
ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ($\bar{X} = 4.81$, $SD = .57$) รองลงมา
คือ ผู้ป่วยคอยสังเกตอาการผิดปกติ หากมีอาการไม่ดีขึ้น
จะรีบไปโรงพยาบาล ($\bar{X} = 4.70$, $SD = .63$)

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามเพศ และการมี
ญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงกับเพศชายมีคะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมจัดการตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีญาติสายตรง
เป็นโรคความดันโลหิตสูงกับที่ไม่มีญาติสายตรงเป็น
โรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการ
ตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดง
ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามเพศ และการมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ($n = 330$)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t	p
เพศ				
หญิง	60.36	7.00	.469	.639
ชาย	59.96	6.72		
การมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
มี	60.53	6.65	.713	.476
ไม่มี	59.98	7.15		

5. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.103, p < .05$) และ

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .150, p < .01$) แต่พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n = 330$)

ตัวแปร	พฤติกรรมการจัดการตนเอง	
	r	p
อายุ	-.103	.031
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย	.001	.492
แรงสนับสนุนทางสังคม	.150	.003

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลตนเองของบุคคล ผู้ที่มีอายุมากขึ้นย่อมมีประสบการณ์และความรู้เพิ่มขึ้น แต่ด้วยอายุที่มากขึ้น อาจทำให้ความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองลดลงเพราะคิดว่าแก่แล้วอยากทำ

อะไรก็ตาม อีกไม่นานก็จะเสียชีวิตแล้ว ประกอบกับการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงทำให้พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาพร สุจํานงค์, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามิ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน ความช่วยเหลือต่างๆ จากสังคม ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ และทรัพยากรต่างๆ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาพร สุจํานงค์ และคณะ (2556) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงกับเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการและความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้น ด้วยระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่มากขึ้น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือสามารถควบคุมโรคได้ อาจทำให้ความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง

เพศหญิงกับเพศชายมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปฐญาภรณ์ ลาอุณ, นภาพร มัชฌิมานุกร, และอนันต์ มาลารัตน์ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงกับที่ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายตามทฤษฎีการจัดการตนเองได้ว่าวิธีการจัดการตนเองที่สำคัญนั้นขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้วย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอยู่ในครอบครัวเดี่ยว หรือมีการย้ายถิ่นฐานแยกจากกลุ่มพี่น้องมาจึงอาจทำให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย หรือยังไม่เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค รวมทั้งไม่พบพฤติกรรมการดูแลตนเองของญาติที่เจ็บป่วยโดยตรง ผู้ป่วยจึงไม่มีประสบการณ์และแนวทางการตัดสินใจในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย, และวิวัฒน์ วรวงษ์ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยที่มี ไม่มี และไม่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการและความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้น ด้วยระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่มากขึ้น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือสามารถควบคุมโรคได้ อาจทำให้ความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง

แต่เมื่อใดที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแสดงที่ไม่ดี ควบคุมโรคไม่ได้ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น มักหันมาใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองอีกครั้ง ตามทฤษฎีการจัดการตนเองที่ว่า วิธีการจัดการตนเองที่สำคัญนั้น ขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภัทราวลัย ศีตีสาร และคณะ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการ ตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยเฉพาะจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีการเสริมสร้างพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลและจัดการตนเอง ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม โดยเน้นข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.2 ควรมีการออกแบบโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความตระหนักต่อปัญหา ความรุนแรงของโรค และมีความรับผิดชอบต่อตนเอง ในการดำเนินพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม ได้อย่างต่อเนื่อง และเน้นการดึงครอบครัว ลูกหลาน ให้เข้ามา มีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรม เป็นแรงสนับสนุน ที่สำคัญที่จะช่วยกระตุ้นเตือนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมี การดำเนินการจัดการพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย, และวิวัฒน์ วรวงษ์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. *Khon Kaen University Research Journal*, 16(6), 749-758.

ปฐญาภรณ์ ลาอุณ, นภาพร มัชฌมาภรณ์, และอนันต์ มาลารัตน์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. *วารสารยาและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 18(3), 160-169.

ภัทราวลัย ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์, และจาวรรณ ไฉลังกา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(2), 120-136.

ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2542). *เครื่องมือวิจัย ด้านอนามัยครอบครัว*. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.

วันวิสา รอดกล่อม, นิสาพร วัฒนศัพท์, ปัทมา สุพรรณกุล, และอรุษา สุวรรณประเทศ. (2555). การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาล และสุขภาพ*, 6(2), 76-88.

ศูนย์ข้อมูลสุขภาพที่ 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี. (2559). สืบค้น 15 มีนาคม 2560, จาก <http://www.chpho.go.th/web2014/>

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2559). *โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้น 10 มีนาคม 2559, จาก <http://www.thaihypertension.org/information.html>

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. สืบค้น 10 มีนาคม 2559, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf
- สุดท้าย พลแสน, ชัยยง ขามรัตน์, และอดิพร ทองหล่อ. (2554). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลสวาย อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 7(1), 6-16.
- สุมาพร สุจำนงค์, มณีรัตน์ ชีรวินันต์, และนิรัตน์ อิมามี. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดบัวขาว จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 29(2), 20-30.
- สุริย์พร พานนนท์, ชัยยง ขามรัตน์, และอดิพร ทองหล่อ. (2554). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย สำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วน ตำบลกลันตา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 7(1), 24-36.
- อรรณพ ประภาศิริ, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธาระวานิช. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. *พยาบาลสาร*, 40(1) 34-48.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Pintrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press.
- World Health Organization. (2011). *Hypertension fact sheet: Department of Sustainable Development and Healthy Environments*. Retrieved April 10, 2012, from http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf
- World Health Organization. (2013). *New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence*. Retrieved March 20, 2013, from http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/index.html

ผลของโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ *

The Effects of Reduced Alcohol Consumption Behavior Program in Adulthood *

กัลยา โสณทอง, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) **

Kanlaya Sanothong, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) **

แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, Ph.D. (Global Environmental Health) ***

Ann Jirapongsuwan, Ph.D. (Global Environmental Health) ***

อาภาพร เพ็ญวัฒนา, Ph.D. (Nursing) ****

สุคนธา ศรี, Ph.D. (Tropical Medicine) *****

Arpaporn Powwatana, Ph.D. (Nursing) ****

Sukhontha Siri, Ph.D. (Tropical Medicine) *****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่เพศชายที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านบัว อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 80 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบวัดแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบสอบถามทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าความเชื่อมั่น .71 และแบบวัดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าความเชื่อมั่น .86 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนมกราคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ การทดสอบไคสแควร์ Fisher's exact test, paired t -test, independent t -test และ repeated measure ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มฯ และคะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิเสธการดื่มฯ มากกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.034$, $p < .001$ และ $t = 4.710$, $p < .001$ ตามลำดับ) 2) ระยะเวลาหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มฯ คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มฯ และคะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิเสธการดื่มฯ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.775$, $p < .001$; $t = 2.965$, $p < .01$ และ $t = 4.107$,

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** มหบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

$p < .001$ ตามลำดับ) และ 3) ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดื่มฯ น้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง ($p < .001$) และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมการลดพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ไปใช้ไปใช้ โดยในแต่ละพื้นที่ควรมีการค้นหาความรู้ที่เฉพาะเจาะจง มีการสร้างแรงจูงใจ และมีการฝึก ทักษะพฤติกรรมที่มีความเหมาะสมกับบริบท

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้ แรงจูงใจ ทักษะการปฏิเสธการดื่ม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of reduced alcohol consumption behavior program in adulthood. The samples consisted of 80 male adults who lived in Ban Bua Sub-district, Mueang District, Buriram Province and were equally divided into an experimental group ($n = 40$) and a comparison group ($n = 40$). The research instruments included a reduced alcohol consumption behavior program, a questionnaire of demographic data, a scale of knowledge regarding health effect with the reliability of .78, a scale of motivation to avoid alcohol with the reliability of .81, a questionnaire of skill to refuse alcohol with the reliability of .71, and a scale of alcohol consumption behavior with the reliability of .86. The implementation and data collection were conducted from November, 2015 to January, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, Chi-square test, Fisher's exact test, paired t -test, independent t -test, and repeated measure ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni.

The research results revealed that: 1) after the program, the experimental group had statistically significant higher average scores of knowledge regarding health effect and skill to refuse alcohol than before the program ($t = 8.034$, $p < .001$ and $t = 4.710$, $p < .001$, respectively); 2) after the program, the experimental group had statistically significant higher average scores of knowledge regarding health effect, motivation to avoid alcohol, and skill to refuse alcohol than the comparison group ($t = 9.775$, $p < .001$; $t = 2.965$, $p < .01$ and $t = 4.107$, $p < .001$, respectively); and 3) after the program and follow-up stage, the experimental group had statistically significant lower average scores of alcohol consumption behavior than before the program ($p < .001$) and lower than the comparison group.

This research suggested that related agencies should apply this reduced alcohol consumption behavior program concerning special knowledge seeking, motivation promotion, and skill practice relevant to each area context.

Keywords: Alcohol consumption behavior, Knowledge, Motivation, Skill to refuse alcohol

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกพบว่าประชากรมากกว่า 1 ใน 3 ของโลกมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่าประเทศในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีแนวโน้มของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น (World Health Organization, 2004) สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทย ที่พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนของนักดื่มภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา สูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 40 ของนักดื่มทั้งหมด (ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ, 2556) กลุ่มอายุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงมากถึงร้อยละ 39.30 โดยอยู่ในลำดับที่ 23 ของประเทศ (ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ, 2556) โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลบ้านบัว อำเภอเมือง จากข้อมูลงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 67.14 ของประชากรทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ และจากการสำรวจข้อมูลของกลุ่มวัยที่มีการดื่มก็พบว่าวัยผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ซึ่งนับว่ามากกว่าอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมของประเทศ เมื่อแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าประชากรวัยแรงงาน อายุ 25-45 ปี เป็นช่วงอายุที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อปัญหาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองและต่อผู้อื่น เกิดอุบัติเหตุ พิการ์ หรือบาดเจ็บ ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อีกทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ในหลายสังคมทั่วโลก (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2556) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 73 (ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ, 2556) และยังส่งผลให้เพิ่มอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย (ปริทรรศ

ศิลปกิจ และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554; Djoussé & Mukamal, 2009) และเกิดความไม่ปลอดภัยหากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการรับประทานยาบางชนิด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสังคม (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2556)

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัย ที่มีการศึกษาวิเคราะห์ความสำเร็จของนโยบายหรือโครงการ รวมทั้งการจัดโปรแกรมต่างๆ เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มของประชาชนนั้น พบว่ายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนลดพฤติกรรมการดื่มได้ยากนั้น มาจากการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ดื่มสุรา ขาดแรงจูงใจที่จะเลิกดื่ม ขาดทักษะในการหลีกเลี่ยงการดื่ม และไม่คิดว่าตนเองติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคภา โคตนากร, และศิริพร จิรวัฒนกุล, 2555) ประกอบกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัว เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2557 ได้มีการสรุปถึงปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มส่วนใหญ่เชื่อว่าเฉพาะคนที่ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้นที่จะได้รับผลกระทบด้านสุขภาพหรือเจ็บป่วย รวมทั้งคิดว่าอุปสรรคที่สำคัญคือ คนในชุมชนยังดื่มแอลกอฮอล์ จึงไม่สามารถปฏิเสธได้เวลาถูกชักชวนให้ดื่ม เพราะอาจทำให้เสียเพื่อน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการจัดโครงการและงานวิจัยมากมาย แต่การลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนยังคงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญอยู่ (นิพนธ์ พัวพงศกร และคณะ, 2548; นงนุช ตันติธรรม, 2549; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2555) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการฝึกทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น่าจะทำให้ประชากรสามารถลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ แรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ และทักษะในการปฏิเสธการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ แรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ และทักษะในการปฏิเสธการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะหลังการทดลอง ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ แรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ และทักษะในการปฏิเสธการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ มากกว่าระยะก่อนการทดลอง

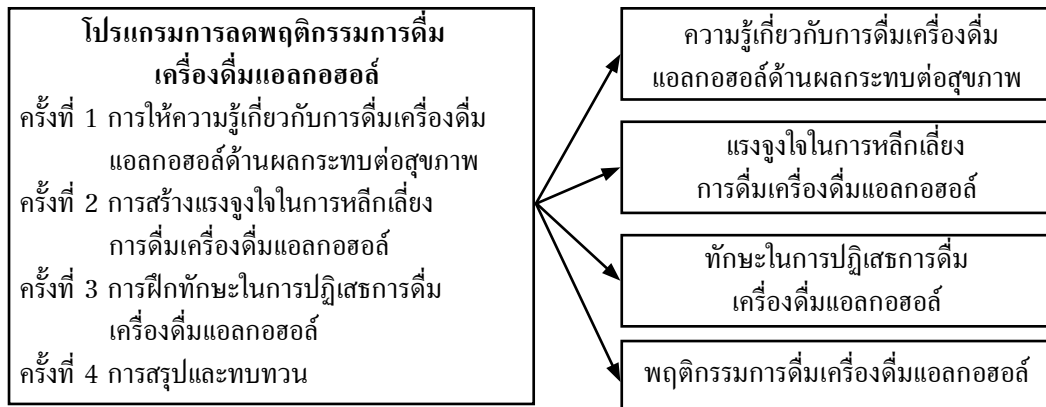
2. ระยะหลังการทดลอง ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ แรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ และทักษะในการปฏิเสธการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์น้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง

4. ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการลดพฤติกรรมดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ โดยอิงหลักการต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจง (information) การสร้างแรงจูงใจเพื่อโน้มน้าวให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการดัด (motivation) และการฝึกทักษะพฤติกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจง (behavior skill) ตามทฤษฎี Information-Motivation-Behavioral Skill (IMB Model) ของ Fisher and Fisher (1992) โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ สร้างแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ และฝึกทักษะในการปฏิเสธการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์แก่ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชาย ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้ มีความตระหนักในความสามารถของตนเอง และสามารถลดพฤติกรรมการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups, pretest-posttest and follow-up design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2015-174)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ใหญ่เพศชายที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านบัว อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 400 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มีอายุอยู่ในช่วง 25-45 ปี 2) สามารถพูด ฟัง และอ่านภาษาไทยได้ 3) มีคะแนนพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) อยู่ในช่วง 8-19 คะแนน และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพฤติกรรมติดสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 2) มันใจว่าไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามที่กำหนด สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการประมาณค่าจากสูตรของ Cochran (1977) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 66 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อชดเชยในกรณีสูญหายอีกร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่ม 14 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 80 คน แบ่งออกเป็น

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการลดพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามรูปแบบ Information Motivation Behavior Model ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะการปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ ใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วยผลกระทบต่อระบบประสาท ผลกระทบด้านอื่น ๆ เช่น อ้วนหภูมิร่างกาย ไต ตับ ต่อมไร้ท่อ และผลกระทบต่อสุขภาพที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจร สื่อที่ใช้คือ แผ่นการนำเสนอ (power point) และวีดิทัศน์ของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สสส.) เรื่อง โทษของแอลกอฮอล์ จากนั้นให้ร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง สื่อที่ใช้คือ วีดิทัศน์ของ สสส. เรื่อง ดับฝันนักเตะ และให้ร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้จากประสบการณ์เดิมของแต่ละคน กระตุ้นให้ค้นหาความคิดในการเลิกดื่มปัจจัยที่ทำให้เลิกดื่มได้สำเร็จ ระยะเวลาที่เลิกได้ ปัจจัยที่ทำให้กลับมาดื่มอีกครั้ง เป็นต้น จากนั้นเข้าสู่กระบวนการสร้าง

แรงจูงใจตามขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ ขั้นที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อลดการดื่ม โดยเริ่มจากการแลกเปลี่ยนความคิดที่จะลด/เลิกการดื่ม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมและการจัดการกับอุปสรรค มีกระบวนการของการตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มการดื่ม รวมทั้งวิธีการที่ไปสู่เป้าหมาย โดยการวางแผนในแต่ละบุคคล ขั้นที่ 2 การมั่นคงในคำมั่นสัญญาที่จะปรับเปลี่ยนของตนเอง โดยการให้ออกมาแถลงการณ์คำมั่นสัญญาของตนเอง รวมทั้งแจ้งวิธีการที่จะทำตามคำมั่นสัญญาว่าๆ เพื่อให้กลุ่มรับรู้และเป็นประจักษ์พยานรวมทั้งเป็นการเฝ้าระวังทางชุมชน/แรงกดดันของกลุ่มในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และขั้นที่ 3 การติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อทบทวนคำมั่นสัญญาและกระตุ้นแรงจูงใจซ้ำ โดยการใช้กระบวนการกลุ่มในการตั้งคำถามการสะท้อนคิด และการสรุปความ

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการฝึกทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง 2 นาที โดยผู้วิจัยได้สำรวจทักษะพฤติกรรมในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะโดยการอภิปรายกลุ่ม ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการถูกชักชวนให้ดื่ม ใช้กระบวนการกลุ่มในการฝึกทักษะในการปฏิเสธ และการแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ โดยผู้วิจัยคอยกระตุ้น ทั้งนี้ สถานการณ์ประกอบด้วยสถานการณ์หลังเลิกงาน วันเงินเดือนออก เทศกาลรื่นเริง เช่น สงกรานต์ งานแต่งงาน งานวันเกิด ซึ่งในสถานการณ์นั้นมีคำพูดที่ท้าทายให้ดื่มหรือชวนดื่ม โดยมีการฝึกทักษะในการปฏิเสธตามเทคนิคต่างๆ โดยเฉพาะการอ้างเหตุผลด้านสุขภาพและด้านความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการสรุปและทบทวนความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง

ทั้งนี้ โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ดื่มครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายในการดื่ม การตรวจสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว ความคิดเกี่ยวกับการเลิกดื่ม และการเคยได้รับการบำบัด จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนอิงตามแนวคิดการประเมินผลทางการศึกษาของ Bloom, Hastings, & Madaus (1971) โดยร้อยละของคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่มากกว่า 60 หมายถึง มีความรู้ในเกณฑ์ดี

ชุดที่ 3 แบบวัดแรงจูงใจในการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีแรงจูงใจทางลบ (1-13 คะแนน) มีแรงจูงใจเป็นกลาง (14-26 คะแนน) และมีแรงจูงใจทางบวก (27-40 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทักษะในระดับต่ำ (1-13 คะแนน) ในระดับปานกลาง (14-26 คะแนน) และในระดับสูง (27-40 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ขององค์การอนามัยโลก ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยปัทมพร ศิลปกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ ในปี พ.ศ. 2552 มีค่าความเชื่อมั่น .86 จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการดื่มในระดับมีความเสี่ยงต่ำ (low risk drinking) (1-7 คะแนน) มีพฤติกรรมการดื่มแบบเกินระดับปานกลาง (8-15 คะแนน) มีพฤติกรรมการดื่มแบบอันตราย (16-19 คะแนน) และมีพฤติกรรมการดื่มที่ควรส่งต่อการดูแลเฉพาะทางเพื่อการประเมิน วินิจฉัย และรักษา (20-40 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการหลีกเลี่ยงการดื่ม และแบบสอบถามทักษะในการปฏิเสธการดื่ม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพศชายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดื่ม ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .78 ส่วนแบบวัดแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่ม และแบบสอบถามทักษะในการปฏิเสธการดื่ม หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81 และ .71 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัว
2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิ

ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม แล้วให้ทำแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบวัดแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่ม และแบบสอบถามทักษะในการปฏิเสธการดื่ม และแบบวัดพฤติกรรมการดื่ม ระยะเวลาการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาตอบ 30 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในวัยผู้ใหญ่ โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัว ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยกิจกรรมแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้ดำเนินชีวิตตามปกติ

4. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบวัดแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่ม และแบบวัดพฤติกรรมการดื่ม ระยะเวลาการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาตอบ 25 นาที

5. ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทำแบบวัดพฤติกรรมการดื่ม ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน (follow-up) โดยให้เวลาตอบ 10 นาที
ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนมกราคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลในส่วนอายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ดื่มครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน และค่าใช้จ่ายในการดื่ม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ในส่วนการศึกษา อาชีพ และความคิดเกี่ยวกับการเลิกดื่ม วิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ และในส่วนสถานภาพสมรส ตำแหน่งในชุมชน การตรวจสอบสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว และการเคยได้รับการบำบัด วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test ข้อมูลความรู้

เกี่ยวกับการดื่มฯ ข้อมูลแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มฯ ข้อมูลทักษะในการปฏิเสธการดื่มฯ และข้อมูลพฤติกรรม การดื่มฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดื่มฯ แรงจูงใจ ในการหลีกเลี่ยงการดื่มฯ และทักษะในการปฏิเสธการดื่มฯ ของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลองกับระยะ หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดื่มฯ แรงจูงใจ ในการหลีกเลี่ยงการดื่มฯ และทักษะในการปฏิเสธการดื่มฯ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะหลัง การทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มฯ ของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และ ระยะติดตามผล และการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มฯ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะหลัง การทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA โดยทดสอบความแตกต่าง รายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ทั้งนี้ กลุ่มเปรียบเทียบที่เข้าร่วม ตลอดการวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 35 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 เนื่องจากการดำเนินการทดลองอยู่ในช่วงใกล้เทศกาลปีใหม่ จึงมีการเดินทางออกนอกพื้นที่

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชากรวัยผู้ใหญ่ เพศชายกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีอายุ อยู่ในช่วง 40-44 ปี และ 30-34 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 35 และ 37.10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส คิดเป็นร้อยละ 82.50 และ 80 ตามลำดับ มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.50 และ 57.10 ตามลำดับ มีอาชีพเกษตรกร มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 42.50 และ 54.30 ตามลำดับ ไม่มีตำแหน่งในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 95 และ 57.10 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือน ไม่เกิน 3,000 บาท และอยู่ในช่วง 3,001-6,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25 และ 42.90 ตามลำดับ มีระยะเวลาที่ดื่มครั้งแรกจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 6-10 ปี และไม่เกิน 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 และ 34.30

ตามลำดับ มีค่าใช้จ่ายในการดื่มอยู่ในช่วง 251-500 บาท ต่อสัปดาห์ และไม่เกิน 250 บาทต่อสัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.50 และ 48.60 ตามลำดับ ไม่เคยตรวจ สุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 82.50 และ 31.40 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 90 และ 68.50 ตามลำดับ ความคิดเกี่ยวกับการเลิกดื่ม คือ คิดที่จะเลิกดื่มในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และปัจจุบัน ก็ยังคิดอยู่ คิดเป็นร้อยละ 72.50 และ 40 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการบำบัด คิดเป็นร้อยละ 97.50 และ 94.30 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะ ส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาที่ดื่มครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน การตรวจสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว และความคิด เกี่ยวกับการเลิกดื่ม

2. ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชาย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการดื่มฯ 5.30 (SD = 1.55) และ 8.20 (SD = 1.56) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนน เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มฯ 5.80 (SD = 1.64) และ 5.05 (SD = 1.21) ตามลำดับ

3. แรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าระยะก่อนการทดลอง และ ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจ ในการหลีกเลี่ยงการดื่มฯ 35.70 (SD = 4.23) และ 36.07 (SD = 3.95) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มฯ 34.14 (SD = 4.48) และ 32.88 (SD = 5.33) ตามลำดับ

4. ทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ พบว่าระยะก่อนการทดลอง และระยะหลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิเสธ การดื่มฯ 25.42 (SD = 2.94) และ 29.57 (SD = 4.80)

ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิเสศการดื่มฯ 25.40 (SD = 3.31) และ 25.88 (SD = 2.41) ตามลำดับ

5. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มฯ 12.90 (SD = 5.20), 9.87 (SD = 4.50) และ 11.57 (SD = 4.71) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มฯ 10.85 (SD = 4.93), 18.51 (SD = 6.13) และ 14.65 (SD = 3.50) ตามลำดับ

6. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ แรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และทักษะในการปฏิเสศการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง พบว่าระยะหลังการทดลอง ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มฯ และคะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิเสศการดื่มฯ มากกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.034, p < .001$ และ $t = 4.710, p < .001$ ตามลำดับ) แต่มีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มฯ ไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และคะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิเสศการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	n	$\bar{X}$	SD	<i>t</i>	<i>p</i>
ความรู้เกี่ยวกับการดื่มฯ					
ระยะก่อนการทดลอง	40	5.30	1.55	8.034	< .001
ระยะหลังการทดลอง	40	8.20	1.56		
แรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มฯ					
ระยะก่อนการทดลอง	40	35.70	4.23	.393	.696
ระยะหลังการทดลอง	40	36.07	3.95		
ทักษะในการปฏิเสธการดื่มฯ					
ระยะก่อนการทดลอง	40	25.42	2.94	4.710	< .001
ระยะหลังการทดลอง	40	29.57	4.80		

7. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ แรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และทักษะในการปฏิเสศการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะหลังการทดลองพบว่าระยะหลังการทดลอง ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชาย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มฯ คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มฯ และคะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิเสศการดื่มฯ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.775, p < .001$; $t = 2.965, p < .01$ และ $t = 4.107, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยแรงงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และคะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบระยะหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ความรู้เกี่ยวกับการดื่ม					
กลุ่มทดลอง	40	8.25	1.56	9.775	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	5.05	1.21		
แรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่ม					
กลุ่มทดลอง	40	36.07	3.95	2.965	.004
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	32.88	5.32		
ทักษะในการปฏิเสธการดื่ม					
กลุ่มทดลอง	40	29.57	4.80	4.107	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	25.88	2.41		

8. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่าระยะหลังการทดลอง และระยะ

ติดตามผล ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่ม น้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ช่วงเวลา	$\bar{X}$ (SD)	mean difference (MD)		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล
ก่อนการทดลอง	12.90 (5.20)	-	3.02 **	1.32 **
หลังการทดลอง	9.87 (4.50)	-	-	-1.70 **
ติดตามผล	11.57 (4.71)	-	-	-

* $p < .01$, ** $p < .001$

9. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4 และพบว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชาย ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	582.86	1	582.86	13.650	< .001
ความคลาดเคลื่อน	3116.69	73	42.69		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	200.57	2	100.28	6.868	.001
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	1065.59	2	532.79	36.486	< .001
ความคลาดเคลื่อน	231.97	146	14.60		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าระยะหลังการทดลอง ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าระยะก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งโปรแกรมหวังว่าสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพได้ โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้โดยใช้แผ่นการนำเสนอและวีดิทัศน์ และมีการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพ

ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะของ Fisher and Fisher (1992) ที่กล่าวว่า การให้ข้อมูลข่าวสารที่สามารถเพิ่มความรู้ได้จะต้องเป็นข้อมูลข่าวสารที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสวรยา สิริภคมงคล และคณะ (2552) ที่ศึกษาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น พบว่าโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการให้ความรู้เรื่องโทษของแอลกอฮอล์นั้น สามารถทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย กันธะวงศ์, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และอะเคื้อ อุณหเลขกะ (2558) การศึกษาของ Fleming, Brown, and Brown (2004) การศึกษา

ของ Kunz, French, and Bazargan-Hejazi (2004) และการศึกษาของ Lock et al. (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ การแจ่มชัดคู่มือความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ พบว่าหลังการศึกษาสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างได้

ผลการวิจัยพบว่าระยะหลังการทดลอง ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงงูใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แต่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งโปรแกรมหักล้างสามารถเพิ่มแรงงูใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เพียงเล็กน้อยในระยะหลังการทดลอง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมการสร้างแรงงูใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้วิธีทัศนียภาพเพื่อกระตุ้นแรงงูใจในการหลีกเลี่ยงการดื่ม และแลกเปลี่ยนความรู้จากประสบการณ์เดิมของแต่ละคน กระตุ้นให้ค้นหาความคิดในการเลิกดื่ม ปัจจัยที่ทำให้เลิกดื่มได้สำเร็จ ระยะเวลาที่เลิกได้ ปัจจัยที่ทำให้กลับมาดื่มอีกครั้ง เป็นต้น จากนั้นเข้าสู่กระบวนการสร้างแรงงูใจตามขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ ขั้นที่ 1 การสร้างแรงงูใจเพื่อลดการดื่ม ขั้นที่ 2 การมั่นคงในคำมั่นสัญญาที่จะปรับเปลี่ยนของตนเอง และขั้นที่ 3 การติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อทบทวนคำมั่นสัญญาและกระตุ้นแรงงูใจซ้ำ แต่กิจกรรมดังกล่าวสามารถสร้างแรงงูใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เพียงเล็กน้อย ซึ่งอาจเนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมยังไม่มีคามเข้มข้นมากพอที่จะงูใจให้สามารถเพิ่มแรงงูใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มได้ อีกทั้งในขั้นตอนการสร้างแรงงูใจในโปรแกรมนี จะเน้นแรงงูใจภายในบุคคล แต่ในส่วนการสร้างแรงงูใจทางสังคมไม่มีความเข้มข้นมากพอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงงูใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรมของ Fisher and Fisher (1992) ที่กล่าวว่า การสร้างแรงงูใจ

ด้วยการสร้างแรงงูใจส่วนบุคคลและการสร้างแรงงูใจทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสวรรยา สิริภคมงคล และคณะ (2552) ที่พบว่าโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการสร้างแรงงูใจทางบวกสามารถทำให้คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าระยะหลังการทดลอง ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าระยะก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งโปรแกรมหักล้างสามารถเพิ่มทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยผู้วิจัยได้สำรวจทักษะพฤติกรรมในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะ โดยการอภิปรายกลุ่ม ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการถูกชักชวนให้ดื่ม ใช้กระบวนการกลุ่มในการฝึกทักษะในการปฏิเสธ และการแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ โดยผู้วิจัยคอยกระตุ้นทำให้กลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงงูใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรมของ Fisher and Fisher (1992) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและจำเป็น มีการสร้างแรงงูใจทางบวก และมีการพัฒนาทักษะที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสวรรยา สิริภคมงคล และคณะ (2552) ที่พบว่าโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการฝึกทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำให้คะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ประชากรวัยผู้ใหญ่เพศชายกลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการลดพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดพฤติกรรมการดื่มได้ โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ สร้างแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และฝึกทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากดำเนินกิจกรรมแล้วจึงวัดผลพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับแนวคิดการให้ ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรม ของ Fisher and Fisher (1992) ที่กล่าวว่าเมื่อนักล ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและมีความเฉพาะเจาะจง มีการสร้างแรงจูงใจทางบวก และมีการพัฒนาทักษะที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้นักลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งผล การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Fleming et al. (2004) การศึกษาของ Kunz et al. (2004) และการศึกษา ของ Lock et al. (2006) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการลด พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบต่าง ๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถลดพฤติกรรมการดื่มได้ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมการลด พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปใช้ โดยการดำเนิน กิจกรรมในแต่ละพื้นที่ควรมีการค้นหาคำความรู้ที่เฉพาะเจาะจง มีการสร้างแรงจูงใจเพื่อโน้มน้าวให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อ หลีกเลี่ยงการดื่ม และมีการฝึกทักษะพฤติกรรมที่มีความ เหมาะสมกับบริบท เพื่อช่วยลดพฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาเช่นเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ และให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วม ในการสร้างแรงจูงใจทางสังคม อันจะมีผลทำให้กระบวนการ

สร้างแรงจูงใจเพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความครอบคลุมมากขึ้น

2.2 ควรทำการศึกษาเช่นเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ และมีการติดตามวัดความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ แรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และทักษะในการปฏิเสธการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงระยะติดตามผล เพื่อทราบ ความคงอยู่หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ที่มอบ ทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *รายงาน ประจำปี กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้น 24 มกราคม 2557, จาก <http://180.180.246.10/ULIB//dublin.php?ID=738#.VD9D1aRirIU>
- ทักษพล ธรรมรังสี, และคณะ. (2556). *ผลการศึกษา ความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์กับการบาดเจ็บที่มาเข้ารับการรักษา ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- นงนุช ดันดิธรรม. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ขับขี่ที่เมาสุราแล้ว ขับรถในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นิพนธ์ พัวพงศกร, และคณะ. (2548). *โครงการวิจัย พัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการดื่มสุราและ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, และคณะ. (2556). *รายงานสถานการณ์ สุรา ประจำปี พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัย ปัญหาสุรา.

- ปริทรรศ ศิลปกิจ, และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่สอง*. กรุงเทพฯ: ทานตะวันเปเปอร์.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ, และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2556). *รายงานคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก ด้านปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ (รายงานครั้งที่ 2)*. น.ป.ท.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคภา โคตนาธา, และศิริพร จิรวัดนันกุล. (2555). เริ่มดื่มสุราเป็นเรื่องง่าย... แต่แสนลำบากในการเลิกดื่มสุรา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 1-14.
- สวรยา สิริกมลมงคล, และคณะ. (2552). การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น. *วารสารประชากร*, 2(3), 7-24.
- เอกชัย กันธะวงศ์, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และอะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2558). การพัฒนาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียน. *พยาบาลสาร*, 42(3), 135-146.
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill Book.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons. Retrieved November 29, 2016, from <https://scholar.google.com/citations?user=uCYQp-YAAAAJ&hl=th&oi=sra>
- Djoussé, L., & Mukamal, K. J. (2009). Alcohol consumption and risk of hypertension: Does the type of beverage or drinking pattern matter?. *Revista Espanola de Cardiologia*, 62(6), 603-605. DOI: 10.1016/S1885-5857(09)72223-6.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. D. (1992). *The IMB Model, HIV prevention for positives, and adherence*. New York: Institute of Human Development and Social Change.
- Fleming, M., Brown, R., & Brown, D. (2004). The efficacy of a brief alcohol intervention combined with %CDT feedback in patients being treated for type 2 diabetes and/or hypertension. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(5), 631-637.
- Kunz, F. M., French, M. T., & Bazargan-Hejazi, S. (2004). Cost-effectiveness analysis of a brief intervention delivered to problem drinkers presenting at an inner-city hospital emergency department. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(3), 363-370.
- Lock, C. A., et al. (2006). Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4), 426-439.
- World Health Organization. (2004). *Guidelines for drinking-water quality*. Geneva: WHO publications.

ผลของโปรแกรมหัวเราะบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

The Effect of a Laughter Therapy Program on Self-esteem among Chronic Disease Patients

นิศารัตน์ รวมวงศ์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *

Nisarat Ruamwong, M.N.S. (Nursing Administration) *

ธัสมน นามวงศ์, Ph.D. (Nursing) **

Tassamon Namwong, Ph.D. (Nursing) **

จันจิรา พินขาว, พย.บ. ***

Chanjira Khinkaw, B.N.S. ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมหัวเราะบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลี อำเภอสว่างวีรจักร จังหวัดจันทบุรี จำนวน 64 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมหัวเราะบำบัด และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .74 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และ paired *t*-test ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมหัวเราะบำบัด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหัวเราะบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.144, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำการหัวเราะบำบัดไปใช้ในการสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

คำสำคัญ: หัวเราะบำบัด, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to determine the effect of a Laughter Therapy Program on self-esteem among chronic disease patients. The samples consisted of 64 chronic disease patients receiving service at Phliu Subdistrict Health Promoting Hospital, Laemsing District, Chanthaburi Province. The research instruments were composed of a Laughter Therapy Program, and a questionnaire of self-esteem with the reliability of .74. The implementation

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

and data collection were conducted from October to December, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The research result revealed that after the experiment, the samples had statistically significant higher mean score of self-esteem than that before the experiment ($t = 6.144, p < .01$).

This research suggested that laughter therapy should be continuously apply to promote self-esteem among chronic disease patients, concerning of various-sector involvement.

Keywords: Laughter Therapy, Self-esteem, Chronic disease patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และได้กำหนดค่าเป้าหมายในแผนปฏิบัติการสุขภาพให้แต่ละประเทศดำเนินการให้บรรลุค่าเป้าหมายในปี 2568 โดยระบุค่าเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง คือ อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรลดลง ร้อยละ 25 และความชุกของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ 25 (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2560)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพมากขึ้น จากการศึกษาของอิสวร ดวงจินดา (2558) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และความเครียดเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยความพึงพอใจในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Kwon & Cho, 2000) โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะในภาวะที่เจ็บป่วยเรื้อรังนั้น การทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายเปลี่ยนไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Kim, Park, & Kim, 2008) จากการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดหนึ่ง ของ Nanthamongkolchai,

Makapat, Charupoonphol, and Munsawaengsub (2007) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของ Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt, and Caspi (2005) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสุขและความพึงพอใจในชีวิต โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การยอมรับจากผู้อื่น การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และความดีที่ได้กระทำ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตและมีความสุขเพิ่มขึ้น

การหัวเราะคือการทำหน้าที่ของอวัยวะและกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ซึ่งนอกจากจะเป็นการทำหน้าที่ของอวัยวะแล้ว ยังเป็นการแสดงออกด้านอารมณ์ของบุคคลด้วย ในขณะเกิดการหัวเราะ การทำหน้าที่ของร่างกายทางระบบประสาททั้งส่วนที่อยู่ในและนอกอวัยวะจิตใจ หัวใจและระบบไหลเวียน จะทำหน้าที่ได้ดีขึ้น (Lebowitz, Suh, Diaz, & Emery, 2011) นอกจากนี้ การหัวเราะยังเป็นการหลั่งสารสุข (endorphins) ในโรงเรียนสอนโยคะของประเทศอินเดีย Kataria (2015) ได้อธิบายผลของการหัวเราะว่าเป็นการเพิ่มการบีบตัวของหลอดเลือดหัวใจมากกว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกชนิดอื่นๆ และเป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานในบุคคล โดยการหัวเราะทำให้มีการขับสาร nitric oxide ซึ่งมีผลต่อความเครียดในร่างกาย ในประเทศอินเดียจึงใช้การหัวเราะบำบัดเพื่อลดภาวะเครียดในร่างกาย สำหรับในประเทศไทย ศูนย์ให้

คำปรึกษาและพัฒนาศักยภาพมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้คิดค้นการหัตถะบำบัดในปี พ.ศ. 2552 โดยผสมผสานการควบคุมการหายใจ การเปล่งเสียงหัตถะ และการบริหารร่างกายไปพร้อมกัน ซึ่งเป็นการหัตถะที่ทำให้ผลเชิงสุขภาพโดยไม่จำเป็นต้องมีอารมณ์ขัน ใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 2-3 ชั่วโมง และจากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหืดหลังจากได้รับโปรแกรมหัตถะบำบัด มีสมรรถภาพการทำงานของปอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีสอร์โมเนคอร์ตisolซึ่งเป็นสอร์โมนความเครียด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (จิตรดา ดุษฎีเมธา, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Song, Park, and Park (2013) ที่ศึกษาผลของหัตถะบำบัดต่ออารมณ์และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศเกาหลีใต้ พบว่ากลุ่มทดลองมีอารมณ์ด้านลบต่ำกว่า และมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จังหวัดจันทบุรี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศ ในปี 2555 โดยพบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วย 2452.37 ต่อแสนประชากร อยู่ในลำดับที่ 5 โรคเบาหวานมีอัตราป่วย 1203.85 ต่อแสนประชากร อยู่ในลำดับที่ 6 โรคหัวใจขาดเลือดมีอัตราป่วย 196.02 ต่อแสนประชากร อยู่ในลำดับที่ 4 และโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วย 314.25 ต่อแสนประชากร อยู่ในลำดับที่ 1 ซึ่งมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบมากขึ้นในอนาคต (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, และภาณุ จงพิริยะอนันต์, 2555)

จากข้อมูลข้างต้น ประกอบกับที่ผ่านมายังไม่มีการนำการหัตถะบำบัดมาใช้เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมหัตถะบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Coopersmith (1981) ที่ว่า

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อมนุษย์ โดยพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากจะเป็นบุคคลที่มีความสุข ไม่ค่อยเครียด หรือวิตกกังวล มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองในด้านดี ยอมรับตนเองและผู้อื่น ปรับตัวได้ดี มีความสามารถในการเผชิญโลกอย่างมั่นใจ และมีความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลั่ว อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดจันทบุรี ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของประชากรกลุ่มอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมหัตถะบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมหัตถะบำบัด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหัตถะบำบัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำการหัตถะบำบัดที่คิดค้นโดยวัลลภ ปิยะมโนธรรม และจิตรดา ดุษฎีเมธา (2550) มาจัดทำเป็นโปรแกรมหัตถะบำบัด ซึ่งประกอบด้วยหัตถะ 4 ท่า และนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Coopersmith (1981) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

โปรแกรมหัตถะบำบัด

1. การสาธิตการหัตถะ
2. การฝึกการหัตถะ
3. การแจกเอกสารและ VCD เรื่อง การหัตถะบำบัด
4. การปฏิบัติการหัตถะที่บ้าน

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group, pretest-posttest design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 002)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคไตเสื่อม ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 180 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นเพศชายหรือเพศหญิง 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป คณะผู้วิจัยจะประเมินการรับรู้ โดยใช้แบบประเมินการรับรู้แบบย่อ ได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป (มีการรับรู้ปกติ) 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 4) สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 8 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 20-30 นาที) และขอลอนตัวจากการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

45 คน และคณะผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อชดเชยในกรณีสูญหายอีกร้อยละ 42 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่ม 19 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 64 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมหัตถะบำบัด คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการหัตถะบำบัดคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการหัตถะบำบัดที่คิดค้นโดยวัลลภ ปิยะมโนธรรม และจิตรา ดุษฎีเมธา (2550) ประกอบด้วยการฝึกทำหัตถะ 4 ท่า พร้อมการปลงเสียงและท่าประกอบดังนี้

ท่าที่ 1 เสียงโอ/ท้องหัตถะ เป็นการปลงเสียงออกจากท้อง โดยยืนตัวตรง กางขาเล็กน้อย กางแขนออกไปข้างลำตัว งอแขนเล็กน้อย กำมือทั้งสองข้างโดยชูนิ้วหัวแม่มือขึ้น ตามองตรง สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ กักลมไว้ จากนั้นค่อย ๆ ปลงเสียง “โอ โอะ ๆ ๆ...” ขณะเดียวกันให้ค่อย ๆ ปลอ่ยลมหายใจออก พร้อม ๆ กับขยับแขนขึ้น-ลง

ท่าที่ 2 เสียงอา/อกหัตถะ เป็นการปลงเสียงออกจากอก โดยยืนตรง กางขาเล็กน้อย กางแขนออกไปข้างลำตัวเหมือนนกกระพือปีก หงายมือขึ้น และปลอ่ยมือตามสบาย ตามองตรง สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ กักลมไว้ จากนั้นค่อย ๆ ปลงเสียง “อา อะ ๆ ๆ...” ขณะเดียวกันให้ค่อย ๆ ปลอ่ยลมหายใจออก พร้อม ๆ กับกระพือแขนขึ้น-ลง

ท่าที่ 3 เสียอู/คอหวัระ เป็นการเปล่งเสียงออกจากลำคอ โดยยื่นตรง กางขาเล็กน้อย แขนแนบลำตัว งอข้อศอกให้ปลายนิ้วชี้ไปข้างหน้า งอนิ้วนางและนิ้วก้อยเข้าหาตัวเอง ยกนิ้วหัวแม่มือขึ้น ชี้นิ้วชี้และนิ้วกลางไปข้างหน้าในลักษณะชิดติดกัน เหมือนทำยังป็น ตามองตรงสุดลมหายใจเข้าลึก ๆ กักลมไว้ จากนั้นค่อย ๆ เปล่งเสียง “อู อู ๆ...” ขณะเดียวกันให้ค่อย ๆ ปลดลมหายใจออก พร้อม ๆ กับขยับมือไปข้างหน้า

ท่าที่ 4 เสียเอในหน้าหวัระ ทำนี้ทำแบบสบาย ๆ โดยยื่นตามสบาย ค่อย ๆ ยกมือขึ้นตามถนัด ตามองตรงสุดลมหายใจเข้าลึก ๆ ขยับทุกนิ้ว และค่อย ๆ เปล่งเสียง “เอ เอ ๆ...” ขณะเดียวกันให้ค่อย ๆ ปลดลมหายใจออก ทำนั้นนอกจากจะได้ฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กที่นิ้วมือแล้วยังช่วยบริหารสมองด้วย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Coopersmith (1981) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทในครอบครัว อุปนิสัย ปัญหาการนอนหลับ วัชปฏิบัติที่ทำให้สบายใจ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการเจ็บป่วย ประวัติการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหลังการเจ็บป่วย จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

2.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-5.00 คะแนน

โดยคะแนนเฉลี่ยมากหมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง และคะแนนเฉลี่ยน้อยหมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลอยแหวน อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาชได้ค่าเท่ากับ .74

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

2. คณะผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลว เพื่อขอความร่วมมือในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างให้มารับการตรวจตามนัดในวันเดียวกัน จากนั้นคณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

3. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาตอบ 15-20 นาที หากไม่สามารถอ่านได้ คณะผู้วิจัยจะอ่านคำถามให้

4. คณะผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมหวัระบำบัด โดยคณะผู้วิจัยสาธิตการหวัระโดยสาธิตการเปล่งเสียงและท่าประกอบของท่าหวัระทั้ง 4 ท่า ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการหวัระ จากนั้นแจกเอกสารและ VCD เรื่อง การหวัระ

บำบัด เพื่อให้เข้าไปพบทวนและฝึกการหัวเราะที่บ้าน และให้ปฏิบัติการหัวเราะที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เป็นเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

5. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน ในส่วนการเห็นคุณค่าในตนเอง หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาตอบ 15-20 นาที หากไม่สามารถอ่านได้ คณะผู้วิจัยจะอ่านคำถามให้

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม หัวเราะบำบัด วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าเป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.40 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 90.60 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.10 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85.60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.90 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.20 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.13 ส่วนใหญ่มีบทบาทในครอบครัว คือ เป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 73.34

มีอุปนิสัยพูดน้อย ชอบอยู่เงียบๆ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.80 มีปัญหาการนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 7.60 วิธีปฏิบัติที่ทำให้สบายใจคือ ทำบุญ ให้ทาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.40 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 48.40 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 3 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.20 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการเจ็บป่วย คือ ทำได้บางส่วนโดยต้องมีผู้ช่วย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 มีประวัติการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 8.40 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันคือ การรับประทานยาประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43 และมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หลังการเจ็บป่วยน้อยลง คิดเป็นร้อยละ 10.76

2. การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม หัวเราะบำบัด พบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม หัวเราะบำบัด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2.98 คะแนน (SD = .19) และ 3.31 คะแนน (SD = .34) ตามลำดับ โดยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม หัวเราะบำบัด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หัวเราะบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.144, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมหัวเราะบำบัด ($n = 64$)

ช่วงเวลา	n	$\bar{X}$	SD	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	64	2.98	.19	6.144	.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	64	3.31	.34		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมหัตถะบำบัด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหัตถะบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการเข้าร่วมโปรแกรมหัตถะบำบัด ที่ประกอบด้วยการฝึกท่าหัตถะ 4 ท่า พร้อมการเปลี่ยนเสียง และท่าประกอบ ได้แก่ เสียงโอ/ท้องหัตถะ เสียงอา/อกหัตถะ เสียงอุ/คอหัตถะ และเสียงเอ/ใบหน้าหัตถะ ซึ่งผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน และได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยทำอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เป็นเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ซึ่งการหัตถะบำบัดเป็นการหัตถะแบบรู้ตัว มีประโยชน์ในการกระตุ้นให้สมองหลังสารเอ็นดอร์ฟิน ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอารมณ์ดี มีความคิดทางบวก ส่งผลให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดที่ว่าการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาและการมีปฏิสัมพันธ์ จะช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Cha, Na, and Hong (2012) ที่ศึกษาผลของการหัตถะบำบัดต่อการมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยใช้การหัตถะครั้งละประมาณ 30 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าหลังการทดลอง สตรีวัยหมดประจำเดือนมีการมองโลกในแง่ดีเพิ่มขึ้น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$; $p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim, Kook, Kwon, Son, Ahn, and Kim (2015) ที่ศึกษาผลของการหัตถะบำบัดต่อสภาวะทางอารมณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองใช้การหัตถะช่วงละ 20 นาที จำนวน 3 ช่วง รวมเวลา 60 นาที พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนริสา วงษ์พนารักษ์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพิการในเขตเมือง พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของ Laughing Qigong Program (LQP) ในการลดความเครียด และระดับคอร์ติซอลในกลุ่มวัยรุ่น ในประเทศไต้หวัน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า LQP ช่วยลดระดับความเครียดและระดับคอร์ติซอลในร่างกายได้ ซึ่งได้สรุปว่า LQP เป็นการบำบัดผู้ป่วยที่ได้ผลดีและใช้ต้นทุนต่ำที่สุด (Chang, Tsai, & Hsieh, 2013)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำการหัตถะบำบัดไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น การสอนทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรมีการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ในการจัดกิจกรรมการหัตถะบำบัด เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.3 ควรมีการสอนเกี่ยวกับการหัตถะบำบัดในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงประโยชน์ของการหัตถะบำบัดในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการหัตถะบำบัด

ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของประชากรกลุ่มอื่น เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยทางจิต เพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาผลของการหัวเราะบำบัดต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยออกแบบงานวิจัยให้มีกลุ่มควบคุมด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยตามรายโรคให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

จิตรา ดุษฎีเมธา. (2556). ผลของโปรแกรมการหัวเราะบำบัดที่มีต่อสมรรถภาพการทำงานของปอด และระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 5(2), 19-32.

นิรสา วงษ์พนารักษ์, และอภิญา วงศ์พิริโยธา. (2558). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพิการในเขตเมือง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(3), 14-22.

วัลลภ ปิยะมโนธรรม, และจิตรา ดุษฎีเมธา. (2550). *หัวเราะบำบัด*. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ.

สุพัตรา ศรีวิเศษชากร. (2560). สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557). *วารสารควบคุมโรค*, 43(4), 379-390.

อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, และภาณุภูมิ จงพิริยะอนันต์. (2555). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555*. สืบค้น 2 มิถุนายน 2560, จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf

อิสวร ดวงจินดา. (2558). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(6), 1118-1126.

Cha, M. Y., Na, Y. K., & Hong, H. S. (2012). An effect of optimism, self-esteem and depression on laughter therapy of menopausal women. *Journal of Korean Academy of Women's Health Nursing*, 18(4), 248-256. Retrieved June 2, 2017, from <https://synapse.koreamed.org>

Chang, C., Tsai, G., & Hsieh, C. J. (2013). Psychological, immunological and physiological effects of a Laughing Qigong Program (LQP) on adolescents. *Complementary Therapies Medicine*, 21(6), 660-668. Retrieved June 2, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24280475>

Coopersmith, S. (1981). *Stanley Coopersmith 1926-1979*. Retrieved June 2, 2017, from <https://stanleycoopersmith.wikispaces.com>

Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328-335.

Kataria, M. (2015). *Laughter Yoga International*. Retrieved June 10, 2015, from <https://www.laughteryoga.org>

Kim, S. H., Kook, J. R., Kwon, M., Son, M. H., Ahn, S. D., & Kim, Y. H. (2015). The effects of laughter therapy on mood state and self-esteem in cancer patients undergoing radiation therapy: A randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(4), 217-222. Retrieved June 2, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

- Kim, Y. K., Park, K. M., & Kim, C. N. (2008). Factors influencing the health status and life satisfaction of elders in free and charged welfare facilities. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 19(2), 317-325.
- Kwon, J. D., & Cho, J. Y. (2000). A study of factors influencing the life satisfaction of the elderly. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 20(3), 61-67.
- Lebowitz, K. R, Suh, S., Diaz, P. T., & Emery, C. F. (2011). Effects of humor and laughter on psychological functioning, quality of life, health status, and pulmonary functioning among patients with chronic obstructive pulmonary disease: A preliminary investigation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 40(4), 310-319.
- Nanthamongkolchai, S., Makapat, A., Charupoonphol, P., & Munsawaengsub, C. (2007). Self-Esteem of the elderly in rural areas of Nakhon Sawan Province. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 90(1), 155-159.
- Song, M., & Park, K. M., & Park, H. (2013). The effects of laughter-therapy on moods and life satisfaction in the elderly staying at care facilities in South Korea. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 15(1), 75-83.
-

ปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ *

Predictive Factors of Hope among the Elderly with Coronary Artery Disease *

อังคณา ศรีวิรัตน์, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) **

Aungkana Sriwirun, M.N.S. (Gerontological Nursing) **

ชนนาค สุ่มเงิน, ปส.ด. (การพยาบาล) ***

Chommanard Sumngern, Ph.D. (Nursing) ***

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, ปส.ด. (การพยาบาล) ****

Sirilak Somanusorn, Ph.D. (Nursing) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาระดับความหวัง และปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการตรวจที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตราด จำนวน 90 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินสภาพจิตจุฬา แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .82 แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี มีค่าความเชื่อมั่น .73 แบบประเมินความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .90 และแบบประเมินความหวัง มีค่าความเชื่อมั่น .81 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยความหวังโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 37.77$, $SD = 5.58$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความหวังได้ร้อยละ 61.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .619$, $p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในทีมสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมองโลกในแง่ดี เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความหวังในระดับสูงของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

Abstract

This predictive correlational research aimed to determine hope among elderly with coronary artery disease (CAD) and its predictive factors. The samples consisted of 90 elderly who followed up in cardiovascular clinic, out patient department, Trat Hospital. The research instruments included the Chula Mental Test, a recording form of CAD patient basic data, the General Health Perception Battery with the reliability of .82, the Seligman Attributional Style Questionnaire with the reliability of .73, the Mishel Uncertainty in Illness Scale with the reliability of .78, the Personal Resource Questionnaire with the reliability of .90, and the Herth Hope Index with the reliability of .81. Data were collected from June to August, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that the elderly with CAD perceived their hope at a high level ($\bar{X} = 37.77$, $SD = 5.58$). The combination of health perception, optimism, and social support together could statistically significant predict 61.90% of hope of the elderly with CAD ($R^2 = .619$, $p < .01$).

This research suggested that nurses and health care providers should design nursing interventions for elderly with CAD concerning their social support, health perception and optimism in order to promote and maintain their high level of hope.

Keywords: Elderly with coronary artery disease, Hope, Health perception, Optimism, Social support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อก ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551; Miller, 2009) และอาจทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ป่วยสูงอายุและญาติรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิต (อุมา จันทวิเศษ, 2539) โดยเฉพาะเมื่อมีอาการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน เช่น เจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย บุคคลจะรู้สึกว่าเป็นภาวะใกล้ตาย รู้สึกทุกข์ทรมาน และขาดความมั่นใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง แม้ไม่มีอาการกำเริบของโรค ผู้สูงอายุก็ต้องเผชิญ

กับความไม่แน่นอนต่อสภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต (ชนนาค สุ่มเงิน, 2543) และในผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายไปในทางเสื่อม โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้การรักษา มีความซับซ้อนมากกว่าวัยอื่น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และพบอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าช่วงวัยอื่น (Miller, 2009; Alcaimo & Lama, 2011)

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรังซึ่งไม่สามารถรักษาให้โรคหายขาดได้ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ต้องได้รับยารักษาโรคหัวใจ ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงจากยา ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับตัวและปรับบทบาทหน้าที่ที่เคยทำตามปกติ รวมทั้งปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับการสูญเสียภาวะ

สุขภาพ โดยเฉพาะสมรรถภาพหัวใจ สูญเสียรายได้หลัก เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเพิ่มขึ้น ทำให้สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กระทบต่อความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อมั่นของตนเองในการที่จะผ่านเหตุการณ์เจ็บป่วยที่รุนแรงในชีวิต ซึ่งทำให้ความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบลดต่ำลงได้ และอาจทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น ดังการศึกษาของ Beckerman and Northrop (1996) เกี่ยวกับความหวังของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าความหวังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีระดับต่ำกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี

ความหวังเป็นสิ่งสำคัญของบุคคลในการดำรงชีวิต เป็นภาวะทางจิตใจที่เป็นพลังภายในของบุคคลที่แสดงออกมาทางความรู้สึก ความเชื่อ และการกระทำที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นว่าบุคคลจะสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ และจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต Herth (1990) ได้แบ่งแนวคิดเกี่ยวกับความหวังออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) ความรู้สึกภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นชั่วคราวและความรู้สึกต่ออนาคต 2) ความรู้สึกภายในของบุคคลถึงความพร้อมเชิงบวกและความคาดหวัง และ 3) ความเชื่อมโยงระหว่างตนเองและบุคคลอื่น ทั้งนี้ การเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะทำให้ลดปัญหาภาวะซึมเศร้า ลดความรู้สึกสิ้นหวัง เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุให้มากขึ้น แม้ว่าผู้สูงอายุยังต้องทนอยู่กับความเจ็บป่วยของตนเองก็ตาม (จินทนา เศรษฐ, 2540; Caboral, Evangelista, & Whetsell 2012) ความหวังจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและมีความสุขในชีวิตเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดความหวังของ Herth (1990) พบว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่น่าจะร่วมกันทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ อันประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี ความไม่แน่นอน

ต่อการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึก ความเข้าใจในการเลือกที่จะรับรู้แล้วตีความตามความสามารถและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลต่อภาพรวมของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่สุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไป หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง จะมองการเจ็บป่วยว่าไม่เป็นอุปสรรคหรือสิ่งรบกวนการดำเนินชีวิตมาก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง โดยการศึกษาของอรัญญา รักหาบ, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, กิตติกร นิลมานันต์, และอังศุมา อภิชาติ (2550) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ($r = .500$)

การมองโลกในแง่ดีเป็นความสามารถในการคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีท่ามกลางอุปสรรค เป็นมุมมองที่เชื่อว่าจะมีสิ่งดีๆ เกิดขึ้นเสมอ รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายและพยายามเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้น คนที่มองโลกในแง่ดีจะมีความเครียดน้อยกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย และคนที่มองโลกในแง่ดีจะมีสุขภาพที่ดีกว่า เพราะมองว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีทางเป็นไปได้และพร้อมที่จะปรับปรุงตัวเอง กล้าเสี่ยง กล้าตัดสินใจ และประสบความสำเร็จมากกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับความหวัง ดังการศึกษาของ Scioli et al. (1997) ที่พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r = .400$)

ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยเป็นปัญหาทางจิตสังคมที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ อันเนื่องมาจากการที่ไม่อาจคาดเดาได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบขึ้นมาเมื่อใด รวมทั้งการรักษาโรคหัวใจในผู้สูงอายุมักมีความยุ่งยากซับซ้อน อาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบรู้สึกไม่คุ้นเคยกับข้อมูล และรู้สึกไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะวิกฤตหรือภาวะคงที่ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยอาจเกิดขึ้นได้เสมอตามจินตนาการของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Fitzsimons, Parahoo, Richardson, and Stringer (2003) ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

ขณะรอผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหัวใจ และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล ถูกคุกคาม และไม่มีความปลอดภัยในชีวิต รับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง ไม่มีความแน่นอน และตนเองไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความหวัง โดยทำให้ความหวังของผู้สูงอายุลดต่ำลงได้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความหวัง ช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว มีความหวัง และแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความหวัง ดังการศึกษาของหมานด ลุ่มเงิน (2543) ที่พบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($r = .340$)

จากสถิติในช่วงปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมารับการรักษาที่โรงพยาบาลตราดเพิ่มสูงขึ้น กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 359 คน ในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 377 คน และในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 390 คน ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยทำนายความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตราด โดยผลการวิจัยที่ได้จะนำไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมทางพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และเพิ่มความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

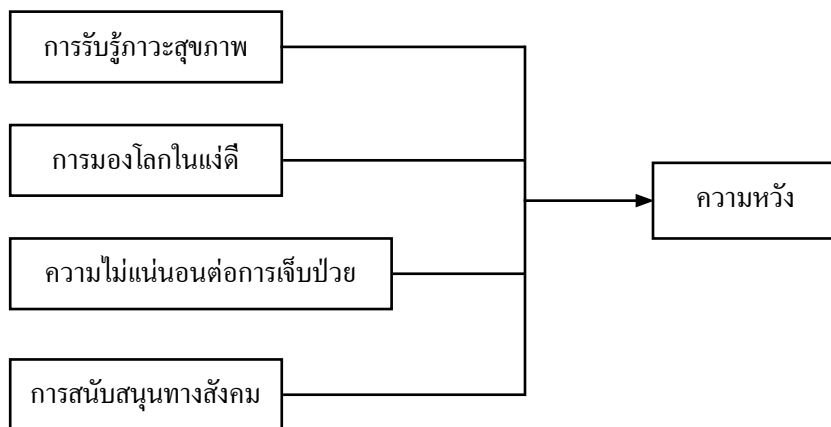
1. เพื่อศึกษาระดับความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีความหวังของ Herth (1990) ซึ่งอธิบายไว้ว่าความหวังเป็นพลังภายในของบุคคลที่แสดงออกมาเป็นแนวคิด ความรู้สึก และการกระทำที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นว่าบุคคลจะสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ และจะได้มาซึ่งสิ่งที่ตนคาดหวัง มีความเชื่อมั่นว่าจะผ่านภาวะเครียดไปได้ด้วยดี และจะพบกับสิ่งที่ดีกว่าในชีวิตรอบๆ ประกอบของความหวังแบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) ความรู้สึกภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นชั่วคราวและความรู้สึกต่ออนาคต 2) ความรู้สึกภายในของบุคคลถึงความพร้อมเชิงบวกและความคาดหวัง และ 3) ความเชื่อมโยงระหว่างตนเองและบุคคลอื่น โดยการวิจัยครั้งนี้มีปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยคัดสรรเหล่านี้จะสามารถร่วมกันทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 05-04-2558)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตราด และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 400 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นเพศชายหรือเพศหญิง 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยารากร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 90 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) ใช้สำหรับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ โรคประจำตัวอื่น ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของวินิดา หาญคุณากุล (2539) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ต่อสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ของ Brook et al. (1979) ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (17-34 คะแนน) ในระดับปานกลาง (35-51 คะแนน) และในระดับสูง (52-68 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของजरक्री सनपणुणु (2553) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการมองโลกในแง่ดีของ Seligman (1990) ซึ่งสร้างแบบวัด (Seligman Attributional Style Questionnaire) และอธิบายสาเหตุการเกิดพฤติกรรมไว้ โดยได้แบ่งการมองโลกในแง่ดีออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ความคงทนถาวร (permanence) การแพร่ขยาย (pervasiveness) และการเกิดเหตุจากตนเอง (personalization) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ เป็นจริงน้อยที่สุด เป็นจริงน้อย เป็นจริงมาก และเป็นจริงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการมองโลกในแง่ดีในระดับต่ำ (15-30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-45 คะแนน) และในระดับสูง (46-60 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบประเมินความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ Mishel (Mishel Uncertainty in Illness Scale) ในปี ค.ศ. 1990 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ ในปี พ.ศ. 2535 ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 จันทร์ทิพย์ วงษ์วิวัฒน์ ได้ปรับปรุง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความคลุมเครือ (ambiguity) จำนวน 12 ข้อ 2) ด้านความซับซ้อน (complexity) จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการขาดข้อมูล (lack of information inconsistency) จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (unpredictability) จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่จริงที่สุด ไม่จริง ไม่แน่ใจ จริง และจริงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยในระดับต่ำ (26-64 คะแนน) ในระดับ

ปานกลาง (65-102 คะแนน) และในระดับสูง (103-130 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (PRQ 2000) ของ Weinert (2003) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยกาญจนา พิบูลย์ ในปี พ.ศ. 2554 โดยแบบวัดนี้ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล (Personal Resource Questionnaire) จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วย ก่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ก่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (15-45 คะแนน) ในระดับปานกลาง (46-75 คะแนน) และในระดับสูง (76-105 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบประเมินความหวัง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีบ่งชี้ความหวังของ Herth (Herth Hope Index) (Herth, 1992) ที่แปลและเรียบเรียงโดยจินทนา เตชะฤทธิ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความหวังในระดับต่ำ (12-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-35 คะแนน) และในระดับสูง (38-48 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี แบบประเมินความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความหวัง ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช

ได้ค่าเท่ากับ .82, .73, .78, .90 และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างในขณะที่ยังรอรับการตรวจรักษา แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพินิจสิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อ่านข้อคำถามและคำตอบในแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี แบบประเมินความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความหวัง ให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และบันทึกคำตอบลงในแบบประเมิน ใช้เวลาคนละ 30-45 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ข้อมูลการมองโลกในแง่ดี ข้อมูลความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลความหวัง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรรต่อความหวัง วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ผู้สูงอายุวัยต้น) และ 70-79 ปี (ผู้สูงอายุวัยกลาง) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.10 เท่ากัน

โดยมีอายุเฉลี่ย 71.69 ปี ($SD = 8.31$) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.70 ระบุว่าตนเองมีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 94.40 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น คิดเป็นร้อยละ 34.40 และมีโรคประจำตัวอื่นเพียง 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 27.80 มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ใน Class I มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.70 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.20 โดยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.26 ปี ($SD = 3.44$)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 51.12$, $SD = 6.64$) มีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 43.86$, $SD = 5.39$) มีคะแนนเฉลี่ยความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 78.74$, $SD = 10.80$) และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 81.12$, $SD = 12.64$)

3. ความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยความหวังโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 37.77$, $SD = 5.58$)

4. อำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรรต่อความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความหวังได้ร้อยละ 61.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .619$, $p < .01$) โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความหวังได้มากที่สุด ($Beta = .458$, $p < .05$) รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($Beta = .245$, $p < .05$) ส่วนการมองโลกในแง่ดี เป็นปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความหวังได้น้อยที่สุด ($Beta = .231$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การหาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรรต่อความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
(n = 90)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การสนับสนุนทางสังคม	.200	.039	.458	5.100	.010
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.204	.077	.245	2.661	.010
การมองโลกในแง่ดี	.237	.080	.231	2.972	.010
ค่าคงที่ (constant)	.606	3.430	-	.177	.860

R = .787, R² = .619, adjusted R² = .606, F = 7.083, p < .01

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยความหวังในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) และวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ถึงร้อยละ 82.20 และมีอายุเฉลี่ย 71.69 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีความสามารถในการจัดการและปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ เป็นผู้สูงอายุในช่วงวัยที่มีพลังร่างกายและสติปัญญา มีความกระฉับกระเฉงอยู่ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) และมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ใน Class I และ Class II ซึ่งเป็นระดับความรุนแรงที่ยังไม่มาก ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองโดยไม่มีอาการเหนื่อยมากนัก (New York Heart Association, 1964) ประกอบกับร้อยละ 34.40 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น และร้อยละ 27.80 มีโรคประจำตัวอื่นเพียง 1 โรค ซึ่งโรคประจำตัวอื่นได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคข้อศอกเสื่อม และโรคเบาหวาน ทั้งนี้ โรคต่างๆ อยู่ในระยะอาการสงบ ผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวอื่นมากนัก โดยยังคงสามารถควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีรายได้

เพียงพอร้อยละ 94.40 ซึ่งการที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีรายได้เพียงพอสะท้อนถึงโอกาสในการได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เนื่องจากรายได้มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ และตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ อีกทั้งผู้สูงอายุร้อยละ 56.70 มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีคู่สมรสคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วยและประคับประคองซึ่งกันและกัน นับว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุ ดังนั้น ระดับความหวังของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้จึงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดของ Herth (1992) ที่เชื่อว่าหากบุคคลรับรู้มีความเชื่อมั่น มีความพร้อม มีความคาดหวังในเชิงบวก และมีแหล่งสนับสนุนทั้งที่สร้างขึ้นภายในตนเองและสิ่งรอบตัว บุคคลจะมีความหวังและเผชิญกับความเครียดในชีวิตได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจินทนา เตชะคฤห (2540) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ใน Class I และการศึกษาของชมณาด สุ่มเงิน (2543) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความหวังในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ ประกอบด้วย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายความหวังได้ร้อยละ 61.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความหวังได้มากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมองโลกในแง่ดี ส่วนความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยคัดสรรที่ไม่สามารถทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญและร่วมทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้นสามารถได้รับจากหลากหลายช่องทาง อาจเป็นลักษณะของการให้และการรับความช่วยเหลือที่เป็นสิ่งของ เครื่องใช้ หรือวัสดุอุปกรณ์ การช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์ และการช่วยเหลือด้านอารมณ์ที่ได้จากสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด รวมทั้งการให้คำแนะนำจากผู้ที่มิประสบการณั้ที่อยู่รอบ ๆ ตัว (Weinert, 2003) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุได้รับ เป็นการช่วยเหลือที่ได้จากครอบครัวที่มีความใกล้ชิด ผูกพัน เอาใจใส่ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และจากทีมสุขภาพที่ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ทำให้มีความรู้สึกว่ามีคนร่วมแบ่งปันความรู้สึก และคอยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความหวัง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คนรอบข้าง รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการใช้ชีวิต และเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้เพิ่มมากขึ้น อันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yadav (2010) ที่พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง ($r = .352, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชมนาด สุ่มเงิน (2543) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม

มีความสัมพันธ์กับความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($r = .336, p < .05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Denewer, Farouk, Mostafa, and Elshamy (2011) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความหวังของผู้หญิงชาวอียิปต์ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและได้รับการตัดเต้านมได้ร้อยละ 43 ($Beta = .614, p < .001$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึก ความเข้าใจของผู้สูงอายุ และเลือกที่จะรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองตามความสามารถและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ต่อภาพรวมของสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างจากวัยอื่น โดยวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรคเรื้อรังได้มากกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งถือว่าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง และเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองต่อการเจ็บป่วยจากความสามารถในการทำงาน การลดบทบาทในสังคม และจากสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะที่ลดลง การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การมีเป้าหมายของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีและเหมาะสมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง จะทำให้มีความหวัง มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถผ่านพ้นปัญหา และค้นหาแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย ดังการศึกษาของดาวรุ่ง สุภาภรณ์ (2540) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($r = .440, p < .001$) และการศึกษาของอรัญญา รักหาบ และคณะ (2550) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง

ของผู้ติดเชื่อเอชไอวี ($r = .450, p < .01$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดียังมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนด้านการดูแลสุขภาพที่ดีด้วย

การมองโลกในแง่ดี ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีในระดับปานกลาง ซึ่งการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ โดยการมองโลกในแง่ดีเป็นความสามารถของบุคคลในการคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ดี โดยมีความคิดและความเชื่อว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในชีวิตเสมอ ส่วนด้านความล้มเหลวผิดหวังนั้นจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และความล้มเหลวผิดหวังจะกลายเป็นสิ่งที่ดีในที่สุด แม้มีปัญหาหรืออุปสรรคก็จะผ่านพ้นไปได้ (Seligman, 1990) การมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยที่น่าจะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความเชื่อมั่นและพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขแม้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจก็ตาม คุณลักษณะนี้น่าจะช่วยเสริมลักษณะของความรู้สึกร่วมและความคาดหวังในเชิงบวกตามแนวคิดของ Herth (1992) จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดความหวังเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Scioli et al. (1997) ที่ศึกษาความหวัง การมองโลกในแง่ดี และผลลัพธ์ของสุขภาพ พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับความหวัง ($r = .400, p < .01$) และความหวังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยที่ดีขึ้น

ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย พบว่าผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยในระดับปานกลาง ซึ่งความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุไม่อาจคาดเดาหรือทำนายเหตุการณ์ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ว่าอาการของโรคจะรุนแรงขึ้นเมื่อใดในอนาคต ซึ่งผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ใน Class I และ Class II ซึ่งเป็นผู้ที่มีการไม่รุนแรง

มาก ยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง อีกทั้งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.27 ปี และไม่มีอาการกำเริบของโรคที่รุนแรง ตามแนวคิดวิถีทางความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illness Trajectory Model) อธิบายว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ผ่านช่วงระยะวิกฤตของการเจ็บป่วยและได้เข้าสู่ระยะการเจ็บป่วยที่ควบคุมโรคได้ อาการของโรคสงบ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของตนเอง และสามารถพึ่งพาตนเองได้ตามสมควร (Corbin & Strauss, 1988 อ้างถึงในวิไลวรรณทองเจริญ, 2554) นอกจากนี้ จากบริบทของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจทุกคนมีโอกาสดำเนินการความรู้เกี่ยวกับโรคและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหัวใจ และได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาสม่ำเสมอ และอาการของโรคค่อนข้างคงที่ ไม่มีอาการกำเริบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้ ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยจึงอาจเป็นผลจากบริบทของการวิจัยครั้งนี้จึงไม่เป็นปัจจัยที่สำคัญและไม่สามารถร่วมกับปัจจัยคัดสรรอื่นๆ ในการทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมองโลกในแง่ดี ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และวางแผนการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมองโลกในแง่ดี เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความหวังในระดับสูง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษา รูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมองโลกในแง่ดี เพื่อช่วยเสริมสร้างความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

เอกสารอ้างอิง

- ขจรศรี แสนปัญญา. (2553). *ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จันทนา เตชะฤห. (2540). *ความหวัง ความเข้มแข็ง ในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนนาค สุ่มเงิน. (2543). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็ง ในการมองโลกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- दारु่ญ สุภากรณ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตน ด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม* (วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ขอนแก่น: กลังนาวิทยา.

วนิดา หาญคุณกุล. (2539). *ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. นครปฐม: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). *สุขภาพคนไทย 2550 “หอมกลิ่นลำดวน” เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.

อรัญญา รักหาบ, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, กิตติกร นิลมานัต, และอังศุมา อภิชาติ. (2550). การปฏิบัติตามหลักธรรมศาสนาพุทธ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(4), 259-270.

อุมา จันทวิเศษ. (2539). *การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

Alcaino, M., & Lama, D. (2011). *Coronary artery disease in the elderly*. Retrieved January 19, 2013, from <http://www.intechopen.com/books/atherosclerotic-cardiovascular-disease/coronary-artery-disease-in-the-elderly>

Beckerman, A., & Northrop, C. (1996). Hope, chronic illness and the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(5), 19-25.

Brook, H. R., et al. (1979). Overview of adult health status measures fields. *Medical Care*, 17(7 suppl.), 1-131.

- Caboral, M. F., Evangelista, L. S., & Whetsell, M. V. (2012). Hope in elderly adults with chronic heart failure. Concept analysis. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 30(3), 406-411.
- Denewer, A., Farouk, O., Mostafa, W., & Elshamy, K. (2011). Social support and hope among Egyptian women with breast cancer after mastectomy. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 5, 93-103.
- Fitzsimons, D., Parahoo, K., Richardson, S. G., & Stringer, M. (2003). Patient anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery: A qualitative and quantitative analysis. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 32(1), 23-31.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1250-1259.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adults* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.
- New York Heart Association. (1964). *Disease of the heart and blood vessels: Nomenclature criteria for diagnosis* (6th ed.). Boston: Little, Brown and Co.
- Scioli, A., et al. (1997). A prospective study of hope, optimism, and health. *Psychological Reports*, 81(3 Pt 1), 723-733.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Vintage Books.
- Weinert, C. (2003). Measuring social support: PRQ2000. In Strickland, O., & Dilorio, C. (Eds.). *Measurement of nursing outcome*. pp.161-172. New York: Springer.
- Yadav, S. (2010). Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: A case study from Nepal. *Quality of Life Research* 19(2), 157-166.

ค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน สามรุ่นอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Work Value and Organizational Commitment among Three Generations of Nursing Instructors and Support Staff, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

โสกา ลีศรีวัฒนกุล, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *

Sopha Leesiriwattanagul, M.N.S. (Nursing Administration) *

คันิสสร เจริญกิจ, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) *

บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) **

Kanisorn Charoenkit, M.N.S. (Nursing Education) *

Budsayarat Loysak, M.N.S. (Adult Nursing) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อเปรียบเทียบค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนสามรุ่นอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมในงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 56 คน และ 67 คน ตามลำดับ เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ค่านิยมในงาน มีค่าความเชื่อมั่น .87 และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร มีค่าความเชื่อมั่น .92 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent *t*-test สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และ one-way ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Scheffé

ผลการวิจัยพบว่า 1) อาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวม ในระดับมาก 2) อาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจารย์ที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.669, p < .05$) โดยรุ่นเบบี้บูมเมอร์มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ารุ่นวาย แต่เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ในแต่ละรุ่นอายุ อาจารย์มีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานไม่แตกต่างจากเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในรุ่นวาย อาจารย์มีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรน้อยกว่าเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.078, p < .05$) และ 4) ค่านิยมในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์และของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .709, p < .001$ และ $r = .791, p < .001$ ตามลำดับ)

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าวิทยาลัยฯ ควรใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการส่งเสริมความยึดมั่นผูกพัน
ต่อองค์กรของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน โดยเฉพาะในอาจารย์รุ่นวัย
คำสำคัญ: ค่านิยมในงาน ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร อาจารย์ เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน สามรุ่นอายุ

Abstract

This descriptive research aimed to compare work values and organizational commitment among three generations of nursing instructors and support staff, and to examine the correlation between work values and organizational commitment. The samples consisted of 56 nursing instructors and 67 support staff working at Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. The research instrument was a questionnaire that comprised demographic data, work values with the reliability of .87, and organizational commitment with the reliability of .92. Data were collected from September to October, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent *t*-test, Pearson's product moment correlation, and one-way ANOVA with multiple comparisons by Scheffé.

The research results revealed that 1) the overall mean scores of work values and organizational commitment among nursing instructors and support staff were at a high level; 2) for work values component, the mean scores among three generations of nursing instructors and of support staff were not statistically significant different; regarding organizational commitment component, the mean scores among three generations of nursing instructors were statistically significant different ($F = 4.669, p < .05$)—baby boomer had higher organizational commitment than the Y-generation; however, there was no statistically significant difference among three generations of support staff; 3) for work values component, the mean scores in each generation between nursing instructors and support staff were not statistically significant different; regarding organizational commitment component, in Y-generation, nursing instructors had statistically significant lower organizational commitment than support staff ($t = 2.078, p < .05$); and 4) work values was positively statistically significant correlated with organizational commitment in both groups ($r = .709, p < .001$ and $r = .791, p < .001$, respectively).

This research suggested that the administrators should use various strategies to promote organizational commitment among nursing instructors and support staff especially in Y-generation nursing instructors.

Keywords: Work value, Organizational commitment, Nursing instructor, Support staff,
Three generations

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่เน้นวิชาการด้านความเป็นเลิศในโรคเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ใช้วิธีการเรียนการสอนที่หลากหลาย จัดประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริง พัฒนาทักษะการคิดและทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิต เพื่อให้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษามีความรู้ ความสามารถด้านวิชาการ วิชาชีพ และมีทักษะชีวิต ให้บริการเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการและสังคม ดังนั้น ความต้องการบุคลากรในการปฏิบัติงานทั้งอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนจึงเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับพันธกิจดังกล่าว โดยอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันตามลักษณะงานในแต่ละตำแหน่ง จากสถิติของงานบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2554-2558 พบว่ามีอาจารย์ย้ายกลับภูมิลำเนา ย้ายไปดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น และย้ายกลับต้นสังกัดรวมจำนวน 13 คน และลาออกไปประกอบอาชีพส่วนตัวจำนวน 1 คน ส่วนเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน พบว่ามีข้าราชการย้ายกลับภูมิลำเนา จำนวน 1 คน และถูกจ้างประจำลาออกไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่น จำนวน 2 คน คิดเป็นอัตราการย้าย การลาออก และการช่วยราชการ เท่ากับร้อยละ 4.64, 3.33 และ 2.53 ตามลำดับ (งานบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2558) ทำให้บุคลากรที่ยังปฏิบัติงานอยู่เกิดความเหนื่อยล้า ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งวิธีการธำรงรักษานักบุคลากรให้คงอยู่ในองค์กรที่ดีที่สุด คือ การสร้างความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรให้เกิดกับบุคลากร เนื่องจากบุคลากรที่มีความยึดมั่นผูกพันและทุ่มเทให้กับองค์กรจะช่วยให้องค์การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อีกทั้งยังช่วยลดต้นทุนภาระค่าใช้จ่ายขององค์กรในการจัดหาหรือผลิตบุคลากรเพิ่มเพื่อทดแทน โดยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเกี่ยวข้องกับความสามารถในการรักษานักบุคลากรที่มีคุณภาพซึ่งเปี่ยมด้วยประสบการณ์และทรงคุณค่าไว้ในองค์กรไม่ให้ออกไปอยู่กับคู่แข่ง ซึ่งอาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถ

ประเมินได้หากบุคลากรมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรต่ำ จะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อพฤติกรรมการทำงาน เช่น การไม่ตั้งใจปฏิบัติงาน การหลบเลี่ยงงาน สอดคล้องกับการศึกษาของนรีกานต์ อรรถอุดม (2554) ที่พบว่าความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้วางกลยุทธ์ระดับองค์การในการสร้างวัฒนธรรม ด้วยการจัดทำค่านิยมหลักขององค์การขึ้น และได้ปรับเปลี่ยนเพื่อให้ได้ค่านิยมที่มีคุณค่าที่สุด เพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของวิทยาลัยฯ คือ เป็นสถาบันชั้นนำระดับประเทศที่ผลิตและพัฒนาพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพให้มีศักยภาพเป็นเลิศ โดยเน้นชุมชนเป็นศูนย์กลาง และเพื่อให้สอดคล้องกับพันธกิจของวิทยาลัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การผลิตบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์และพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ให้เป็นผู้มีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ การสร้างองค์ความรู้ ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการจัดการเรียนการสอน การให้บริการวิชาการแก่สังคม และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ซึ่งการที่จะทำให้งานบรรลุเป้าหมายขององค์กรนั้น วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ต้องอาศัยบุคลากรทั้งอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน และจากสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่าอัตราการรับเข้าของนักศึกษาในช่วงปีการศึกษา 2555-2559 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (งานทะเบียนและสถิติ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2559) แต่จำนวนอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนยังคงที่ อีกทั้งมีการย้ายและลาออกเป็นระยะ จึงส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานตามพันธกิจดังกล่าว ดังนั้น การสร้างค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อธำรงรักษานักบุคลากรไว้ในองค์กรให้มากขึ้น

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรนั้น พบว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ จากการศึกษาพบว่าบุคลากรที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกันมีค่านิยมในงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรแตกต่างกัน (ธรรมรัตน์ อยู่พรต, 2556) ทั้งนี้ ในปัจจุบัน พบว่าองค์กรส่วนใหญ่มีบุคลากรมากกว่า

ร้อยละ 50 เป็นคนรุ่นวาย (generation Y) ซึ่งเกิดในช่วงปี พ.ศ. 2524-2543 และอีกร้อยละ 30 เป็นคนรุ่นเอ็กซ์ (generation X) ซึ่งเกิดในช่วงปี พ.ศ. 2508-2523 นอกนั้นเป็นคนรุ่นเบบี้บูมเมอร์ (baby boomer) ซึ่งเกิดในช่วงปี พ.ศ. 2489-2507 โดยส่วนใหญ่มักเป็นผู้บริหาร (ปริญดา เนตรหาญ, อารี ชิวเกษมสุข, และอารียัรรณ อ่วมตานี, 2557) ส่งผลให้เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างรุ่นอายุเพิ่มมากขึ้น โดยรุ่นอายุที่แตกต่างกันจะมีเอกลักษณ์หรือลักษณะเฉพาะต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ทั้งด้านจิตใจ ด้านความคิด และด้านความสนใจ ซึ่งอาจนำไปสู่ความแตกต่างเกี่ยวกับมุมมอง การตัดสินใจในการแก้ปัญหา และเกิดความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันในการทำงาน หากเกิดความขัดแย้งบ่อยครั้ง อาจเป็นสาเหตุให้ความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การลดลง จนส่งผลให้เกิดการย้ายหรือการลาออกในที่สุด คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาค่านิยมในงาน และความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนสามรุ่นอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาค่านิยมในงาน และความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบค่านิยมในงาน และความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกัน

3. เพื่อเปรียบเทียบค่านิยมในงาน และความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การ ระหว่างอาจารย์กับเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน ในแต่ละรุ่นอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

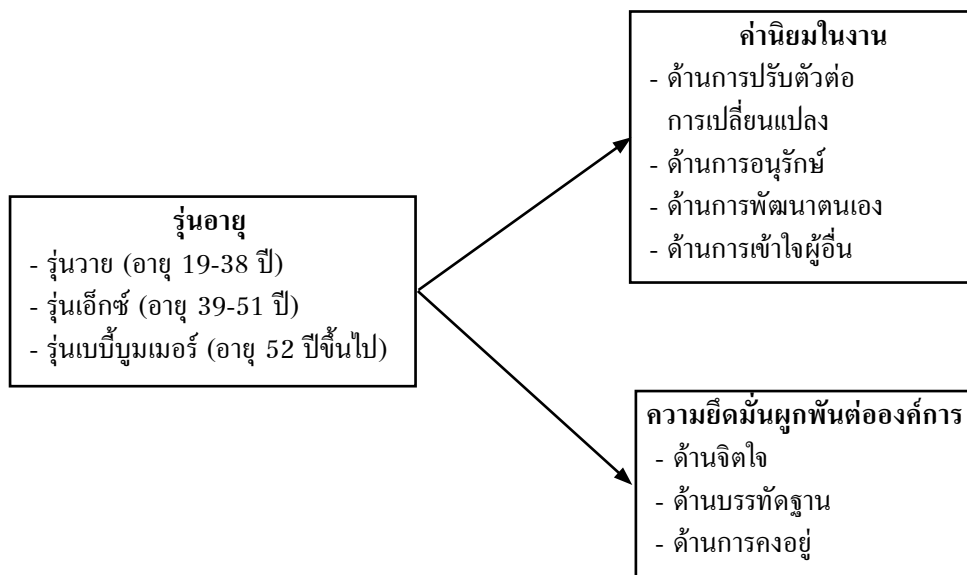
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมในงาน กับความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. อาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกัน มีค่านิยมในงาน และความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การแตกต่างกัน
2. ในแต่ละรุ่นอายุ อาจารย์มีค่านิยมในงาน และความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การแตกต่างจากเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
3. ค่านิยมในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาค่านิยมในงาน และความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนสามรุ่นอายุ โดยค่านิยมในงาน คณะผู้วิจัยอิงตามแนวคิดของ Schwartz (1994) ส่วนความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การคณะผู้วิจัยอิงตามแนวคิดของ Meyer and Allen (1997) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมในงานกับความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การ และศึกษาความแตกต่างของค่านิยมในงาน และความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรุ่นอายุ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 062)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน (เช่น ข้าราชการลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ณ เดือนกันยายน 2559 จำนวน 57 คน (ไม่รวมคณะผู้วิจัย) และ 71 คน ตามลำดับ รวมจำนวนทั้งสิ้น 128 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน และ 67 คน ตามลำดับ รวมจำนวนทั้งสิ้น 123 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ตำแหน่ง และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ค่านิยมในงาน คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Schwartz (1994) เนื่องจากการหาค่านิยมในงานที่ครอบคลุมทั้งสามรุ่นอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง จำนวน 8 ข้อ ด้านการอนุรักษ์ จำนวน 11 ข้อ ด้านการพัฒนาตนเอง จำนวน 8 ข้อ และด้านการเข้าใจผู้อื่น จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 34 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีค่านิยมในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Meyer and Allen (1997) เนื่องจากครอบคลุมลักษณะการปฏิบัติงานที่จะทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ จำนวน 12 ข้อ ด้านบรรทัดฐาน จำนวน 6 ข้อ และด้านการคงอยู่ จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ มีลักษณะคำตอบ

เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความยึดมั่นผูกพันในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน) สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัย นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .98 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .87 และ .92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบ 30-40 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลค่านิยมในงาน และข้อมูลความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่านิยมในงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์และของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกัน วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-way ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Scheffé การเปรียบเทียบค่านิยมในงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ระหว่างอาจารย์กับเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนในแต่ละรุ่นอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test

ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมในงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน พบว่าอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.30 และ 71.60 ตามลำดับ เรื่องอายุ ในกลุ่มอาจารย์ พบว่ามีอายุอยู่ในรุ่นเอ็กซ์ (อายุ 39-51 ปี) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.40 ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน พบว่ามีอายุอยู่ในรุ่นวาย (อายุ 19-38 ปี) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.80 เรื่องสถานภาพสมรส ในกลุ่มอาจารย์ พบว่ามีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.90 ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน พบว่ามีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 เรื่องระดับการศึกษา ในกลุ่มอาจารย์ พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 71.40 ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน พบว่ามีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.30 เรื่องรายได้ต่อเดือน ในกลุ่มอาจารย์ พบว่ามีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 44,639.29 บาท (SD = 18795.01) ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน พบว่ามีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 13,540.90 บาท (SD = 8395.91) เรื่องตำแหน่ง ในกลุ่มอาจารย์ พบว่าส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 89.30 ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน พบว่ามีตำแหน่งเป็นลูกจ้างชั่วคราว/ลูกจ้างเหมาบริการทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.80 และเรื่องระยะเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่าอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.60 และ 22.40 ตามลำดับ

2. ค่านิยมในงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน พบว่าอาจารย์มีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.29$, SD = .40) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการอนุรักษ์ ($\bar{X} = 4.47$, SD = .42) รองลงมา คือ ด้านการเข้าใจผู้อื่น ($\bar{X} = 4.33$, SD = .49) ส่วนความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร พบว่า

อาจารย์มีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09$, $SD = .57$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 4.44$, $SD = .32$) รองลงมาคือ ด้านบรรทัดฐาน ($\bar{X} = 4.12$, $SD = .80$) ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$, $SD = .44$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการอนุรักษ์ ($\bar{X} = 4.53$, $SD = .45$) รองลงมา

คือ ด้านการเข้าใจผู้อื่น ($\bar{X} = 4.37$, $SD = .50$) ส่วนความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร พบว่าเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19$, $SD = .54$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 4.43$, $SD = .42$) รองลงมาคือ ด้านบรรทัดฐาน ($\bar{X} = 4.21$, $SD = .67$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับค่านิยมในงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ตัวแปร	อาจารย์ (n = 56)			เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน (n = 67)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ค่านิยมในงาน						
ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง	4.03	.44	มาก	4.00	.54	มาก
ด้านการอนุรักษ์	4.47	.42	มาก	4.53	.45	มากที่สุด
ด้านการพัฒนาตนเอง	4.32	.46	มาก	4.34	.48	มาก
ด้านการเข้าใจผู้อื่น	4.33	.49	มาก	4.37	.50	มาก
โดยรวม	4.29	.40	มาก	4.31	.44	มาก
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร						
ด้านจิตใจ	4.44	.32	มาก	4.43	.42	มาก
ด้านบรรทัดฐาน	4.12	.80	มาก	4.21	.67	มาก
ด้านการคงอยู่	3.69	.79	มาก	3.93	.73	มาก
โดยรวม	4.09	.57	มาก	4.19	.54	มาก

3. การเปรียบเทียบค่านิยมในงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกัน

3.1 ค่านิยมในงาน พบว่าอาจารย์ที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานไม่แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2 และพบว่าเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานของอาจารย์ที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกัน

รุ่นอายุ	n	$\bar{X}$	SD		
รุ่นวายุ (อายุ 19-38 ปี)	13	4.16	.46		
รุ่นเอ็กซ์ (อายุ 39-51 ปี)	26	4.25	.42		
รุ่นเบบี้บูมเมอร์ (อายุ 52 ปีขึ้นไป)	17	4.44	.28		
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	.663	2	.332	2.083	.135
ภายในกลุ่ม	8.436	53	.159		
รวม	9.099	55			

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกัน

รุ่นอายุ	n	$\bar{X}$	SD		
รุ่นวายุ (อายุ 19-38 ปี)	26	4.31	.41		
รุ่นเอ็กซ์ (อายุ 39-51 ปี)	25	4.24	.51		
รุ่นเบบี้บูมเมอร์ (อายุ 52 ปีขึ้นไป)	16	4.42	.38		
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	.343	2	.171	.850	.432
ภายในกลุ่ม	12.902	64	.202		
รวม	13.245	66			

3.2 ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร พบว่าอาจารย์ที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.669, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่าอาจารย์รุ่นวายุกับรุ่นเบบี้บูมเมอร์

มีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5 และพบว่าเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของอาจารย์ที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกัน

รุ่นอายุ	n	$\bar{X}$	SD		
รุ่นวายุ (อายุ 19-38 ปี)	13	3.74	.54		
รุ่นเอ็กซ์ (อายุ 39-51 ปี)	26	4.09	.62		
รุ่นเบบี้บูมเมอร์ (อายุ 52 ปีขึ้นไป)	17	4.35	.37		
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2.755	2	1.377	4.669	.014
ภายในกลุ่ม	15.634	53	.295		
รวม	18.389	55			

ตารางที่ 5 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของอาจารย์ที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกัน (n = 56)

ความแตกต่างรายคู่	mean difference (MD)	std. error (SE)	p
รุ่นวายุ - รุ่นเอ็กซ์	.35	.18	.173
รุ่นวายุ - รุ่นเบบี้บูมเมอร์	.61	.20	.014
รุ่นเอ็กซ์ - รุ่นเบบี้บูมเมอร์	.25	.16	.316

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกัน

รุ่นอายุ	n	$\bar{X}$	SD		
รุ่นวายุ (อายุ 19-38 ปี)	26	4.10	.50		
รุ่นเอ็กซ์ (อายุ 39-51 ปี)	25	4.17	.60		
รุ่นเบบี้บูมเมอร์ (อายุ 52 ปีขึ้นไป)	16	4.36	.51		
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	.659	2	.330	1.109	.336
ภายในกลุ่ม	19.033	64	.297		
รวม	19.692	66			

4. การเปรียบเทียบค่านิยมในงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ระหว่างอาจารย์กับเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนในแต่ละรุ่นอายุ พบว่าในแต่ละรุ่นอายุ อาจารย์มีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานไม่แตกต่างจากเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร พบว่าในรุ่นวายุ อาจารย์มีคะแนนเฉลี่ย

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรแตกต่างจากเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.078, p < .05$) ส่วนในรุ่นเอ็กซ์และรุ่นเบบี้บูมเมอร์ พบว่าอาจารย์มีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรไม่แตกต่างจากเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงาน และคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ระหว่างอาจารย์กับเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนในแต่ละรุ่นอายุ

ตัวแปร	อาจารย์ (n = 56)		เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน (n = 67)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ค่านิยมในงาน						
รุ่นวาย (อายุ 19-38 ปี)	4.16	.46	4.31	.41	1.044	.303
รุ่นเอ็กซ์ (อายุ 39-51 ปี)	4.25	.42	4.24	.51	.123	.903
รุ่นเบบี้บูมเมอร์ (อายุ 52 ปีขึ้นไป)	4.44	.28	4.42	.38	.162	.872
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร						
รุ่นวาย (อายุ 19-38 ปี)	3.74	.54	4.10	.50	2.078	.045
รุ่นเอ็กซ์ (อายุ 39-51 ปี)	4.09	.62	4.17	.60	.500	.620
รุ่นเบบี้บูมเมอร์ (อายุ 52 ปีขึ้นไป)	4.35	.37	4.36	.51	.063	.950

5. ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมในงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน พบว่าค่านิยมในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่น

ผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .709, p < .001$ และ $r = .791, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมในงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน

ค่านิยมในงาน	ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร	
	r	p
อาจารย์ (n = 56)	.709	< .001
เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน (n = 67)	.791	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าในส่วนค่านิยมในงาน ทั้งอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนในทุกรุ่นอายุมีค่านิยมในงานไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้มีการส่งเสริมการสร้างค่านิยมร่วมกันในทุกครั้งที่มีการประชุมและการจัดกิจกรรมพัฒนาองค์กร ทำให้ค่านิยมของบุคลากรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ถึงแม้ว่าจะมีลักษณะงานที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของธรรมรัตน์ อยู่พรต (2556) ที่ศึกษาค่านิยมในการทำงานที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของเจนเนอเรชั่นต่างๆ พบว่าค่านิยมในการทำงานทั้งเจนเนอเรชั่นวาย เจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ และเบบี้บูมเมอร์ เป็นไปในรูปแบบและทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าอาจารย์ที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่าอาจารย์รุ่นเบบี้บูมเมอร์มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมากกว่าอาจารย์รุ่นวายและจากข้อมูลทั่วไปพบว่าอาจารย์ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 25 ปี มีถึงร้อยละ 28.60 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงานของอาจารย์รุ่นเบบี้บูมเมอร์มากกว่าอาจารย์รุ่นวาย ทำให้อาจารย์รุ่นเบบี้บูมเมอร์มีการรับรู้ถึงวิวัฒนาการ นโยบาย และเป้าหมายของวิทยาลัยฯ รวมทั้งได้มีส่วนร่วมในโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มากกว่าอาจารย์รุ่นวาย สอดคล้องกับที่รัชชยรัชต์ องค์กรมีเกียรติ (2559) กล่าวว่าบุคคลรุ่นเบบี้บูมเมอร์เป็นบุคคลที่ผ่านการค้นหาความหมายในชีวิต มีอุดมการณ์อันแรงกล้าทางการเมือง การปกครอง มีค่านิยมร่วม เป็นคนมองโลกในแง่ดี รักและผูกพันกับองค์กร ดังนั้น อาจารย์รุ่นวายซึ่งมีอายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า จึงมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรน้อยกว่าอาจารย์รุ่นเบบี้

บูมเมอร์ สอดคล้องกับการศึกษาของปริญดา เนตรหาญ และคณะ (2557) ที่ศึกษาค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสองรุ่นอายุในโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดหนึ่ง พบว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเอ็กซ์ (อายุ 33-48 ปี) มากกว่าพยาบาลวิชาชีพรุ่นวาย (อายุ 13-32 ปี) ($\bar{X} = 3.40$ และ 3.24 ตามลำดับ)

ส่วนเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน พบว่าเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีตำแหน่งเป็นลูกจ้างชั่วคราว/ลูกจ้างเหมาบริการทั่วไปถึงร้อยละ 47.80 รองลงมาคือ มีตำแหน่งเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 25.40) ซึ่งส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเป็นพนักงานทำความสะอาด ดังนั้นจึงมีลักษณะงานที่ใกล้เคียงกัน ประกอบกับเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่เกิน 15 ปี (ร้อยละ 65.80) จึงไม่พบความแตกต่างของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่าในแต่ละรุ่นอายุ อาจารย์มีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานไม่แตกต่างจากเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากค่านิยมในงานของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนในแต่ละรุ่นอายุเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยต่างก็มีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมในงานโดยรวมในระดับมาก ซึ่งเป็นเพราะวิทยาลัยฯ ก่อตั้งมานานกว่า 50 ปี มีบุคลากรทั้งสามรุ่นอายุ ทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่เป็นแบบอย่างที่ดีสืบต่อกันมา เช่น การปฏิบัติงานตามแบบอย่างที่ดีโดยมีผู้อาวุโสกว่าสอนงาน การเคารพและเชื่อฟังผู้อาวุโส สอดคล้องกับทีนิตธร ปีลาวาสน์ (2556) กล่าวว่าสังคมไทยสอนให้บุคคลเคารพ ให้เกียรติผู้ใหญ่ และถือว่าการปฏิบัติตามผู้ใหญ่เป็นการถ่ายทอดวัฒนธรรมและการเรียนรู้สิ่งที่ดีงามตามวิถีชีวิตของสังคมไทย ที่เน้นให้ผู้น้อยกว่าปฏิบัติตามที่แสดงออกถึงความเคารพ การให้เกียรติ มารยาทที่ดี และความสุภาพต่อผู้ใหญ่ จึงไม่พบ

ความแตกต่างของค่านิยมในงานระหว่างอาจารย์กับเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนในแต่ละรุ่นอายุ

ส่วนความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร พบว่าในรุ่นอาจารย์มีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรแตกต่างจากเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่าอาจารย์มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรน้อยกว่าเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอาจารย์รุ่นอายุส่วนใหญ่ได้รับเงินเดือนหรือค่าตอบแทนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ ประกอบกับมีทางเลือกอื่นในการประกอบอาชีพมากกว่าเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนรุ่นอายุ ส่วนในรุ่นเอ็กซ์และรุ่นเบบี้บูมเมอร์ พบว่าอาจารย์มีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรไม่แตกต่างจากเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นที่ไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนรุ่นเบบี้บูมเมอร์มีอายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ใกล้เคียงกัน คือ ในกลุ่มอาจารย์ที่มีอายุ 52 ปีขึ้นไป มีจำนวน 17 คน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 25 ปี จำนวน 14 คน ส่วนในกลุ่มเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่มีอายุ 52 ปีขึ้นไป มีจำนวน 16 คน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 25 ปี เช่นกัน จำนวน 13 คน ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ รู้สึกมีส่วนร่วมในองค์กร และมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้นอกจากนี้ยังอาจเนื่องจากอาจารย์ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยฯ และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี มีมากถึงร้อยละ 40.40 จึงทำให้เกิดความรักความผูกพันต่อวิทยาลัยฯ

ผลการวิจัยพบว่าค่านิยมในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าค่านิยมในงานเป็นทัศนคติหรือความเชื่อของบุคลากรที่ให้คุณค่าหรือความสำคัญต่องานที่ปฏิบัติ โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่านิยมในงานทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ด้านการอนุรักษ์ ด้านการพัฒนาตนเอง

และด้านการเข้าใจผู้อื่น อยู่ในระดับมากถึงระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของปริญดา เนตรหาญ และคณะ (2557) ที่พบว่าค่านิยมในงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเอ็กซ์และรุ่นอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .614$, $p < .01$ และ $r = .660$, $p < .01$ ตามลำดับ) ซึ่งค่านิยมในงานเป็นความคิดเห็นของบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของค่านิยมส่วนบุคคล โดยค่านิยมในงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (Meyer & Allen, 1997)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 วิทยาลัยฯ ควรใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน โดยเฉพาะในอาจารย์รุ่นอายุและให้รางวัลหรือสิ่งจูงใจแก่ผู้ที่ปฏิบัติงานด้วยความทุ่มเท และได้ผลงานดีเด่น

1.2 ผู้บริหารควรส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรในองค์กร และให้การช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาทั้งด้านส่วนตัวและด้านการปฏิบัติงาน เพื่อเสริมสร้างความรัก ความผูกพัน ความร่วมมือร่วมใจ และความเต็มใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้งานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ทั้งในกลุ่มอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน ทุกรุ่นอายุ

เอกสารอ้างอิง

- งานทะเบียนและสถิติ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (2559). *ทะเบียนการรับเข้านักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.
- งานบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (2558). *สถิติงานบุคลากร*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.

- ธรรมรัตน์ อยู่พรต. (2556). ค่านิยมในการทำงานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของเจนเนอเรชันต่างๆ. *วารสารบริหารธุรกิจ*, 36(138), 40-62.
- ชัยรัชต์ องค์กรเกียรติ. (2559). การบริหารบุคลากรต่างรุ่นทางการพยาบาล. ใน เสวลักษณ์ จิระธรรมคุณ, อรุณรัตน์ เทพนา, และชัยรัชต์ องค์กรเกียรติ. *การบริหารการพยาบาลยุค 4G Plus*. กรุงเทพฯ: TBS Product.
- นริกันต์ อรรถอุดม. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการองค์การ ความผูกพันต่อองค์การ และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ: กรณีองค์การมหาวิทยาลัยเอกชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารสหศาสตร์ศรีปทุมชลบุรี*, 1(3), 114-122.
- นิติธร ปิลวาสน์. (2556). *สอนลูกเรื่องการปฏิบัติตนต่อญาติผู้ใหญ่ (Proper behavior with the elderly relatives)*. สืบค้น 31 มกราคม 2561, จาก <http://taamkru.com/th>
- ปริญดา เนตรหาญ, อารี ชิวเกษมสุข, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2557). ค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพสองรุ่นอายุในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 320-330.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89. Retrieved November 15, 2017, from <http://www.m5zn.com/newuploads/2015/10/04/pdf/400c5edfcd96289.pdf>
- Schwartz, S. H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values?. *Journal of Social Issues*, 50(4), 19-45. Retrieved November 15, 2017, from <https://pdfs.semanticscholar.org/0131/5b84c630055a16e45f91b97509807680c70d.pdf>

ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนาตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล

สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

Environmental Factors Affecting Self-Development among Nursing Students at College of Nursing under the Jurisdiction of Praboromarajchanok Institute

ศิริพร ครุฑทากต์, ค.ด. (อุดมศึกษา) *

Siriporn Kruttakart, Ph.D. (Higher Education) *

รังสิมา วงษ์สุทิน, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) *

Rangsimma Wongsutin, M.N.S. (Adult Nursing) *

นงนภัทร รุ่งเนย, ค.ด. (อุดมศึกษา) **

Nongnaphat Rungnoei, Ph.D. (Higher Education) **

จริยา ชื่นศิริมงคล, ค.ด. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา) ***

Jariya Chuensirimongkol, Ph.D. (Educational Research Methodology) ***

พรทิศา เฉลิมวิภาส, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) ****

Porntiva Chaleomvipaht, M.P.H. (Public Health) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2557 ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 438 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมภายในวิทยาลัยพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นในช่วง .86-.89 และความคิดเห็นต่อการรับรู้การพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .85 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ วิธีการสอนของอาจารย์ บรรยากาศในชั้นเรียน ระเบียบวินัยในชั้นเรียน สัมพันธภาพกับอาจารย์ การเข้าร่วมกิจกรรม สัมพันธภาพกับเพื่อน และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาตนเองของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยวิธีการสอนของอาจารย์ ระเบียบวินัยในชั้นเรียน สัมพันธภาพกับอาจารย์ การเข้าร่วมกิจกรรม และสัมพันธภาพกับเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายการพัฒนาตนเองของนักศึกษาได้ร้อยละ 49.30

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบจังหวัดนครปฐม

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช

**** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าอาจารย์ควรจัดการเรียนการสอนโดยส่งเสริมการเรียนรู้แบบร่วมมือเป็นกลุ่มย่อย เพื่อให้ผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกับอาจารย์ และควรจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาเพิ่มขึ้น
คำสำคัญ: ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม การพัฒนาตนเอง นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This predictive correlational research aimed to study the correlation and predictive power between environmental factors and self-development among nursing students. The samples were 438 first to fourth years nursing students who studying at nursing colleges under Praboromarajchanok Institute during the first semester of the 2014 academic year. The research instruments were questionnaires included the demographic data, the opinion about the environment in nursing college (reliabilities were .86-.89), and self-development perception of nursing students (reliability was .85). The data collection were conducted from April to May, 2015. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson correlation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that the environment factors significant positive related to self-development of nursing students consisted of teaching method, classroom atmosphere, classroom discipline, student-lecturer relationship, activity participation, classmate relationship, and physical environment ($p < .01$). Factors affecting and predicting towards self-development were teaching method, classroom discipline, student-lecturer relationship, activity participation, and classmate relationship and they were able to make a prediction of 49.30%.

This research suggested that the lecturers should use cooperative learning method in sub-group or team learning in order to promote classmate relationship and student-lecturer relationship and arrange the extra-curriculum activities that enhance student-lecturer relationship.

Keywords: Environmental factors, Self-development, Nursing student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถาบันการศึกษามีเป้าหมายในการผลิตบัณฑิตให้มีมาตรฐานการเรียนรู้ทั้งด้านคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ รวมทั้งทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ (คณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2552) ทุกสถาบันได้จัด

การเรียนการสอนทั้งในและนอกห้องเรียน รวมทั้งจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนาให้นักศึกษามีผลการเรียนรู้ตามที่ต้องการ Aleandri and Refrigeri (2014) กล่าวว่า ความคาดหวังของสังคมนั้น ต้องการบุคคลที่มีความรู้และทักษะในการประกอบอาชีพ สามารถดำรงอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข แสวงหาความรู้ได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม

ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีศักดิ์ศรี สามารถพัฒนาตนเองและร่วมพัฒนาสังคมได้อย่างเหมาะสม

การพัฒนานักศึกษา นอกจากจะเน้นการพัฒนา ด้านคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ และทักษะทางปัญญาแล้ว ต้องมีการพัฒนาทักษะด้านจิตสังคมร่วมด้วย เนื่องจาก นักศึกษาจะต้องออกไปประกอบอาชีพ ดำเนินชีวิต สร้างครอบครัว และอยู่ในสังคมที่กว้างใหญ่ภายหลังสำเร็จ การศึกษา ซึ่งการพัฒนาทักษะด้านจิตสังคมส่วนใหญ่ เป็นผลมาจากกิจกรรมนักศึกษา ทั้งนี้ Chickering and Reisser (1993) ได้เสนอทฤษฎีจากการพัฒนานักศึกษา ทางพุทธิปัญญาและจิตสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องกับงาน กิจกรรมนักศึกษา โดยเน้นการพัฒนาด้านความสามารถ ในการอยู่ร่วมกันในสังคม ซึ่งการพัฒนาทางพุทธิปัญญา มุ่งพัฒนานักศึกษาจากผู้ที่ไม่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ไปจนถึงขั้นที่รู้จักวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีความคิด มีวิจารณ์ญาณในการรับรู้ การเชื่อ และการปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง แต่รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เพื่อนำมา วิเคราะห์ประกอบกับประสบการณ์ ความรู้ และความคิดเห็น ของตน ขณะที่การพัฒนาทางจิตสังคมมุ่งพัฒนาให้นักศึกษา ได้พัฒนาตนเองในด้านต่าง ๆ ตามหลักจิตวิทยาพัฒนาการ เช่น พัฒนาด้านความสามารถ ร่างกาย อารมณ์ เป้าหมาย ในอาชีพ และที่สำคัญคือ การพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง สร้างเอกลักษณ์เฉพาะตนขึ้นมา พัฒนาตนเองไปสู่ผู้ที่มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง ขณะเดียวกันก็ตระหนักถึง ความแตกต่างระหว่างบุคคล และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น ในสังคมได้อย่างมีความสุข การพัฒนานักศึกษาตามทฤษฎี ดังกล่าวประกอบด้วยแนวคิด 7 ด้าน (Seven Vectors of Development) ได้แก่ ด้านการพัฒนาความสามารถทางสติปัญญา ร่างกาย และความสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสังคม 2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ 3) ด้านการพัฒนาความเป็น ตัวของตัวเองไปสู่การพึ่งพาอาศัยกัน 4) ด้านการพัฒนา สัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างมีวุฒิภาวะ 5) ด้านการสร้าง เอกลักษณ์เฉพาะตน 6) ด้านการพัฒนาเป้าหมาย และ 7) ด้านการพัฒนาคุณมีคุณธรรม

การพัฒนานักศึกษาเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ หลายประการ Chickering

and Reisser (1993) กล่าวว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนา นิสิตนักศึกษานั้น ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม กลุ่มเพื่อน สัมพันธภาพกับอาจารย์ และการเข้าร่วมกิจกรรม ต่าง ๆ ในสถาบัน สอดคล้องกับที่ Astin (1993) ได้ศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนานักศึกษาในรูปแบบของ ปัจจัยนำเข้า-สิ่งแวดล้อม-ผลลัพธ์ (Input-Environment-Output Model: I-E-O Model) พบว่าสภาพแวดล้อม ภายในสถาบันอุดมศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อน อาจารย์ การมีส่วนร่วมของนักศึกษา และวิธีการสอน มีผลต่อ การพัฒนานักศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของทรรศนีย์ วราห์คำ (2554) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มี ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาผู้เรียน สภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการเรียนรู้จะช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนมีคุณภาพ

วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ทำหน้าที่ผลิตและพัฒนากำลังคนเพื่อตอบสนองความต้องการ ของสังคมตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข มีนักศึกษา พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในแต่ละปีการศึกษาจำนวนมาก แต่ยังขาดข้อมูลในการพัฒนาตนเองของนักศึกษา และ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาตนเองของนักศึกษา จึงมี ความจำเป็นที่ต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์และ อำนาจการทำนายของปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อ การพัฒนาตนเองของนักศึกษายพาสบาล ซึ่งจะประโยชน์ ต่อการวางแผนด้านวิชาการ และการจัดกิจกรรมทั้งใน และนอกหลักสูตรของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบัน พระบรมราชชนก ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนาย ของปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ วิธีการสอนของอาจารย์ บรรยายภาคในชั้นเรียน ระเบียบวินัยในชั้นเรียน สัมพันธภาพ กับอาจารย์ การเข้าร่วมกิจกรรม สัมพันธภาพกับเพื่อน และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ที่มีผลต่อการพัฒนาตนเอง ของนักศึกษาวินิจฉัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

สมมติฐานการวิจัย

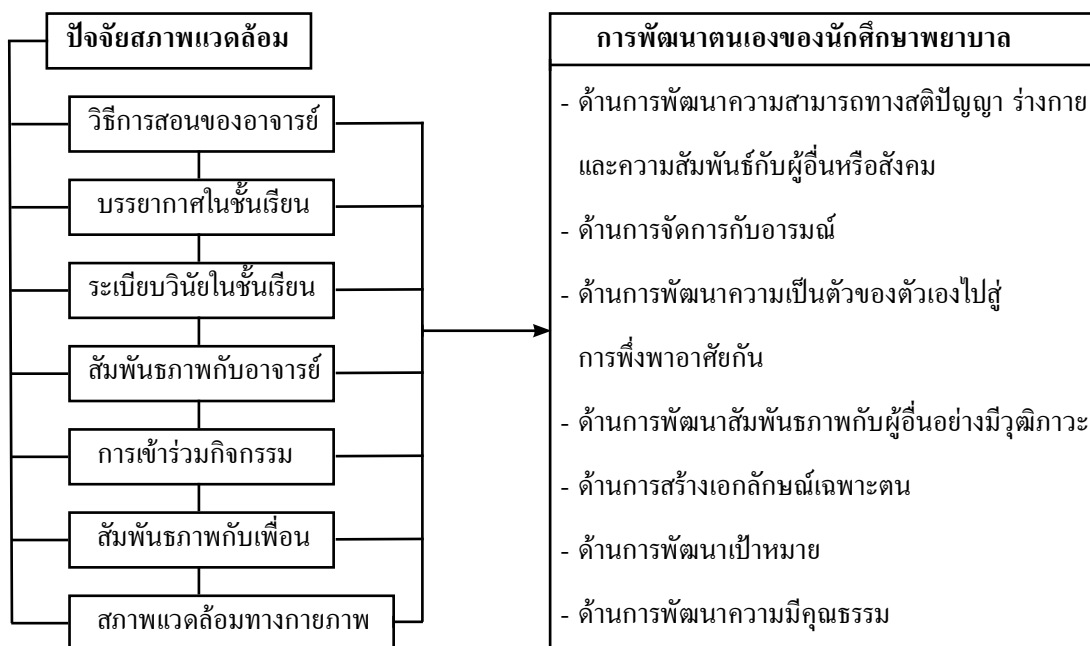
ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ วิธีการสอนของอาจารย์

บรรยากาศในชั้นเรียน ระเบียบวินัยในชั้นเรียน สัมพันธภาพกับอาจารย์ การเข้าร่วมกิจกรรม สัมพันธภาพกับเพื่อน และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สามารถร่วมกันทำนาย การพัฒนาตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล สังกัด สถาบันพระบรมราชชนก ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดของทฤษฎี การพัฒนานิสิตนักศึกษา 7 ด้าน (Seven Vectors of Development) ของ Chickering and Reisser (1993) ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความสามารถทางสติปัญญา ร่างกาย และความสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสังคม 2) การจัดการ กับอารมณ์ 3) การพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองไปสู่ การพึ่งพาอาศัยกัน 4) การพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้อื่น อย่างมีวุฒิภาวะ 5) การสร้างเอกลักษณ์เฉพาะตน

6) การพัฒนาเป้าหมาย และ 7) การพัฒนาความมีคุณธรรม โดย Chickering and Reisser (1993) กล่าวว่าปัจจัยที่ส่งผล ต่อการพัฒนาตนเองของนักศึกษา ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม กลุ่มเพื่อน สัมพันธภาพกับอาจารย์ และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสถาบัน และจากการศึกษา ของ Astin (1993) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมภายในสถาบัน อุดมศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อน อาจารย์ การมีส่วนร่วม ของนักศึกษา และวิธีการสอน มีผลต่อการพัฒนาตนเอง ของนักศึกษา ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ 1) วิธีการสอนของอาจารย์ 2) บรรยากาศในชั้นเรียน 3) ระเบียบวินัยในชั้นเรียน 4) สัมพันธภาพกับอาจารย์ 5) การเข้าร่วมกิจกรรม 6) สัมพันธภาพกับเพื่อน และ 7) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สรุปเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ 4/2558)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2557 ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข รวม 29 แห่ง จำนวน 3,053 คน 4,571 คน 3,454 คน และ 3,401 คน ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาเพศชาย-หญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) อยู่ในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 3) ยินดีและสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม จำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007; Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009; Buchner, 2010 อ้างถึงในนงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .03 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 486 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบ 2 ขั้นตอน ดังนี้ 1) จำแนกวิทยาลัยพยาบาลออกเป็น 5 เครือข่ายภาค และ 2) สุ่มตัวอย่างวิทยาลัยพยาบาล โดยวิธีการจับฉลาก เครือข่ายภาคละ 2 วิทยาลัย โดยแบ่งออกเป็นวิทยาลัยขนาดใหญ่ซึ่งมีจำนวนนักศึกษาตั้งแต่ 500 คนขึ้นไป และวิทยาลัยขนาดเล็กซึ่งมีจำนวนนักศึกษาน้อยกว่า 500 คน จากนั้นคำนวณจำนวนนักศึกษาแต่ละชั้นปีตามสัดส่วนได้นักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 เท่ากับ 103 คน 153 คน 116 คน และ 114 คน ตามลำดับ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ และชั้นปี จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมภายใน

วิทยาลัยพยาบาล คณะผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามของวรรณิ ชัยเฉลิมพงษ์ (2547) โดยมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทในการวิจัย ประกอบด้วยสภาพแวดล้อม 7 ปัจจัย ได้แก่ 1) วิธีการสอนของอาจารย์ จำนวน 6 ข้อ 2) บรรยากาศในชั้นเรียน จำนวน 3 ข้อ 3) ระเบียบวินัยในชั้นเรียน จำนวน 3 ข้อ 4) สัมพันธภาพกับอาจารย์ จำนวน 4 ข้อ 5) การเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 2 ข้อ 6) สัมพันธภาพกับเพื่อน จำนวน 5 ข้อ และ 7) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน) (Best & Kahn, 2006)

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการรับรู้การพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามของกรกช อดตวิริยะนุภาพ (2540) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีพัฒนานิสิตนักศึกษาของ Chickering and Reisser (1993) ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพัฒนาความสามารถทางสติปัญญา ร่างกาย และความสัมพันธกับผู้อื่นหรือสังคม จำนวน 14 ข้อ 2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองไปสู่การพึ่งพาอาศัยกัน จำนวน 8 ข้อ 4) ด้านการพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างมีวุฒิภาวะ จำนวน 10 ข้อ 5) ด้านการสร้างเอกลักษณ์เฉพาะตน จำนวน 9 ข้อ 6) ด้านการพัฒนาเป้าหมาย จำนวน 7 ข้อ และ 7) ด้านการพัฒนาความมีคุณธรรม จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 65 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด

(น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน) (Best & Kahn, 2006)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านกิจการนักศึกษา ด้านการสอน และด้านการประเมินผล จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง .67-1.00 (ใช้เกณฑ์ IOC ที่ยอมรับได้ คือ ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป) จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันตแพทย์ ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 จำนวนชั้นปีละ 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช พบว่าแบบสอบถามส่วนที่ 2 จำนวน 4 ปัจจัย มีค่าความเชื่อมั่นน้อยกว่า .50 ได้แก่ บรรยากาศในชั้นเรียน ระเบียบวินัยในชั้นเรียน การเข้าร่วมกิจกรรม และสัมพันธภาพกับเพื่อน โดยมีค่าความเชื่อมั่น .32, .34, .22 และ .49 ตามลำดับ คณะผู้วิจัยดำเนินการแก้ไข และหาค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าเท่ากับ .86, .87, .89 และ .87 ตามลำดับ [ใช้เกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้ คือ ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป และค่าความสัมพันธ์ที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่ามีความเชื่อมั่นสูง (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553; Jacobson, Anderson, & Tatham, 1988)] สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 3 มีค่าความเชื่อมั่น .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่ง พร้อมแนบเอกสารแสดงความยินยอมแบบสอบถาม และซองเปล่า 2 ซอง โดยส่งทางไปรษณีย์ จากนั้นประสานงานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิจัยช่วยปิดประกาศประชาสัมพันธ์เชิญนักศึกษาเป็นอาสาสมัครตอบแบบสอบถามงานวิจัยตามจำนวนที่ระบุในหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับเอกสารแสดงความยินยอมนั้น มีการชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม หากนักศึกษายินดี

ตอบแบบสอบถาม ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมแล้วพับใส่ในซองหนึ่ง ส่วนแบบสอบถามให้เวลาตอบ 30-45 นาที เมื่อตอบเสร็จแล้วให้พับใส่ในอีกซองหนึ่งซึ่งด้านหน้ามีการปิดผนึก จากนั้นให้ส่งกลับทางไปรษณีย์ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมภายในวิทยาลัยพยาบาล และข้อมูลความคิดเห็นต่อการรับรู้การพัฒนาตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ วิธีการสอนของอาจารย์ บรรยากาศในชั้นเรียน ระเบียบวินัยในชั้นเรียน สัมพันธภาพกับอาจารย์ การเข้าร่วมกิจกรรม สัมพันธภาพกับเพื่อน และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ กับการพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาอำนาจการทำนายของปัจจัยสภาพแวดล้อมต่อการพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 438 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.12

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.58 มีอายุ 21 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.25 และเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.37

2. ความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมภายในวิทยาลัยพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อม โดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$, $SD = .47$) เมื่อจำแนกเป็นรายปัจจัย พบว่าปัจจัยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 4.31$, $SD = .67$) รองลงมาคือ วิธีการสอนของอาจารย์ ($\bar{X} = 4.11$, $SD = .48$) ส่วนปัจจัยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ($\bar{X} = 3.63$, $SD = .78$)

3. ความคิดเห็นต่อการรับรู้การพัฒนาตนเองของ นักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย การพัฒนาตนเองโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.98, SD = .42$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างมีวุฒิภาวะ ($\bar{X} = 4.19, SD = .47$) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนา ความมีคุณธรรม ($\bar{X} = 4.15, SD = .45$) ส่วนด้านที่มี คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการพัฒนาความสามารถทาง สติปัญญา ร่างกาย และความสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสังคม ($\bar{X} = 3.81, SD = .49$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อม กับการพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาล พบว่าปัจจัย สภาพแวดล้อมทั้ง 7 ปัจจัย ได้แก่ วิธีการสอนของอาจารย์ บรรยายภาคในชั้นเรียน ระเบียบวินัยในชั้นเรียน สัมพันธภาพ กับอาจารย์ การเข้าร่วมกิจกรรม สัมพันธภาพกับเพื่อน และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการพัฒนาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาตนเองมากที่สุด คือ สัมพันธภาพกับอาจารย์ ($r = .582$) รองลงมาคือ สัมพันธภาพกับเพื่อน วิธีการสอนของอาจารย์ บรรยายภาค ในชั้นเรียน ระเบียบวินัยในชั้นเรียน และสภาพแวดล้อม ทางกายภาพ ($r = .554, .528, .499, .484$ และ $.464$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนา ตนเองน้อยที่สุดคือ การเข้าร่วมกิจกรรม ($r = .403$) ดังแสดง ในตารางที่ 1

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อม แต่ละปัจจัย พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กันมากที่สุด คือ วิธีการสอนของอาจารย์กับบรรยายภาค ในชั้นเรียน ($r = .599$) รองลงมาคือ บรรยายภาคในชั้นเรียน กับระเบียบวินัยในชั้นเรียน และบรรยายภาคในชั้นเรียน กับสัมพันธภาพกับอาจารย์ ($r = .577$ เท่ากัน) ส่วนปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุดคือ ระเบียบวินัยในชั้นเรียน กับการเข้าร่วมกิจกรรม ($r = .253$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อม 7 ปัจจัย กับการพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาล
(n = 438)

ตัวแปร	วิธีการสอนของอาจารย์	บรรยากาศในชั้นเรียน	ระเบียบวินัยในชั้นเรียน	สัมพันธภาพกับอาจารย์	การเข้าร่วมกิจกรรม	สัมพันธภาพกับเพื่อน	สภาพแวดล้อมทางกายภาพ	การพัฒนาตนเอง
วิธีการสอนของอาจารย์	1							
บรรยากาศในชั้นเรียน	.599 **	1						
ระเบียบวินัยในชั้นเรียน	.459 **	.577 **	1					
สัมพันธภาพกับอาจารย์	.481 **	.577 **	.530 **	1				
การเข้าร่วมกิจกรรม	.335 **	.292 **	.253 **	.330 **	1			
สัมพันธภาพกับเพื่อน	.508 **	.449 **	.424 **	.485 **	.412 **	1		
สภาพแวดล้อมทางกายภาพ	.398 **	.473 **	.553 **	.528 **	.303 **	.459 **	1	
การพัฒนาตนเอง	.528 **	.499 **	.484 **	.582 **	.403 **	.554 **	.464 **	1

** $p < .01$

5. การหาอำนาจการทำนายของปัจจัยสภาพแวดล้อมต่อการพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาล พบว่าปัจจัยสภาพแวดล้อม 5 ปัจจัย ได้แก่ วิธีการสอนของอาจารย์ ระเบียบวินัยในชั้นเรียน สัมพันธภาพกับอาจารย์ การเข้าร่วมกิจกรรม และสัมพันธภาพกับเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายการพัฒนาตนเองของนักศึกษาได้ร้อยละ 49.30 โดยปัจจัย

ที่ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองของนักศึกษามากที่สุดคือ สัมพันธภาพกับอาจารย์ ($b = .175$) รองลงมาคือ สัมพันธภาพกับเพื่อน วิธีการสอนของอาจารย์ การเข้าร่วมกิจกรรม และระเบียบวินัยในชั้นเรียน ตามลำดับ ($b = .159, .156, .084$ และ $.075$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การหาอำนาจการทำนายของปัจจัยสภาพแวดล้อมต่อการพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาล
(n = 438)

ปัจจัยทำนาย	b	SEb	Beta	t	p
สัมพันธภาพกับอาจารย์	.175	.028	.281	6.316	< .001
สัมพันธภาพกับเพื่อน	.159	.033	.211	4.783	< .001
วิธีการสอนของอาจารย์	.156	.037	.181	4.175	< .001
การเข้าร่วมกิจกรรม	.084	.024	.135	3.488	.001
ระเบียบวินัยในชั้นเรียน	.075	.025	.128	2.985	.003

constant = 1.395, R = .702, R² = .493, adjusted R² = .487, F = 82.986

ทั้งนี้ สามารถสร้างสมการถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้

การพัฒนาตนเองของนักศึกษา = 1.395 + .175 สัมพันธภาพกับอาจารย์ + .159 สัมพันธภาพกับเพื่อน + .156 วิธีการสอนของอาจารย์ + .084 การเข้าร่วมกิจกรรม + .075 ระเบียบวินัยในชั้นเรียน
ส่วนสมการในรูปแบบมาตรฐาน เป็นดังนี้

$$Z_{\text{การพัฒนาตนเองของนักศึกษา}} = .281 Z_{\text{สัมพันธภาพกับอาจารย์}} + .211 Z_{\text{สัมพันธภาพกับเพื่อน}} + .181 Z_{\text{วิธีการสอนของอาจารย์}} + .135 Z_{\text{การเข้าร่วมกิจกรรม}} + .128 Z_{\text{ระเบียบวินัยในชั้นเรียน}}$$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยสภาพแวดล้อมทั้ง 7 ปัจจัย ได้แก่ วิธีการสอนของอาจารย์ บรรยากาศในชั้นเรียน ระเบียบวินัยในชั้นเรียน สัมพันธภาพกับอาจารย์ การเข้าร่วมกิจกรรม สัมพันธภาพกับเพื่อน และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าวิธีการสอนของอาจารย์ ระเบียบวินัยในชั้นเรียน สัมพันธภาพกับอาจารย์ การเข้าร่วม

กิจกรรม และสัมพันธภาพกับเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายการพัฒนาตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ได้ร้อยละ 49.30 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองของนักศึกษามากที่สุดคือ สัมพันธภาพกับอาจารย์ รองลงมาคือ สัมพันธภาพกับเพื่อน วิธีการสอนของอาจารย์ การเข้าร่วมกิจกรรม และระเบียบวินัยในชั้นเรียน ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการพัฒนาตนเองของนักศึกษาชั้นต่างๆ เป็นผลมาจากการเรียนการสอนทั้งในห้องเรียนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร ซึ่งคณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามปัจจัยต่างๆ ข้างต้นได้ดังนี้

สัมพันธภาพกับอาจารย์ อาจารย์พยาบาลเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของสถาบันการศึกษาพยาบาล มีหน้าที่จัดการศึกษาทางการพยาบาล ที่จะสร้างให้บัณฑิตพยาบาลเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีมาตรฐาน มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม ประเทศชาติ และวิชาชีพ ดังนั้น หากผู้เรียนมีสัมพันธภาพกับอาจารย์ก็จะทำให้มีโอกาสในการพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของประภัศร ชโลธร (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของอาจารย์กับนักศึกษา และพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา ในระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง พบว่าปฏิสัมพันธ์ของอาจารย์กับนักศึกษา และพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา

มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของทศนา ทองภักดี (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในมหาวิทยาลัย กับบุคลิกภาพของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยภาครัฐ แห่งหนึ่ง พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบุคลิกภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สัมพันธภาพกับเพื่อน เป็นสภาพแวดล้อมหนึ่งที่จะส่งผลให้นักศึกษามีการพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่ง รวดิ นามทองดี (2554) กล่าวว่าโดยธรรมชาติของนักศึกษาพยาบาล ยังเป็นวัยที่ต้องการเพื่อนและใช้เวลาอยู่กับเพื่อน ซึ่งสัมพันธภาพกับเพื่อนเป็นการปฏิบัติต่อกันในทางที่ดี แสดงออกโดยการพูดคุย ให้ความแนะนำ คำปรึกษา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ อย่างเปิดเผยและจริงใจ มีการยอมรับ ทำกิจกรรมร่วมกัน ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล ชื่นชม ให้กำลังใจ มีความรัก ความผูกพัน ประทับใจ ไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจ ยอมรับ และยกย่อง สนับสนุนกลมเกลียว ให้อภัย และนำแบบอย่างที่ดี และเหมาะสมไปปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกอร ศรีสมพันธุ์, บังอร ศิริสกุลไพศาล, ศุภาพิชญ์ โพน โบรมันน์ (2017) ที่พบว่าวิธีการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ช่วยเหลือและทำกิจกรรมร่วมกัน สร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างกัน และมีส่วนช่วยให้ผู้เรียนมีผลการเรียนที่ดีขึ้น ดังเช่นในวิชาการพยาบาล มารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 มีการเรียนเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลมารดาทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดปกติ มีการประยุกต์ใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนในกิจกรรมการสอบสาธิตย้อนกลับ กลไกการคลอด เพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการหมุนทารกตามกลไกการคลอดได้ดีขึ้น อีกทั้งมีคะแนนการสอบอยู่ในระดับที่ดีขึ้น สามารถนำความรู้ไปใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของการคลอด และการช่วยหมุนศีรษะทารกระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอดในสถานการณ์จริงได้

วิธีการสอนของอาจารย์ เป็นกระบวนการหนึ่งในสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ช่วยพัฒนานักศึกษาให้มี

ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิ การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั้น ต้องให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำและใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เขาได้ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาตนเองมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของศิริดา บุรชาติ (2556) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการเรียนการสอนและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่ารูปแบบหรือวิธีการสอนของอาจารย์มีความสัมพันธ์ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา

การเข้าร่วมกิจกรรม เป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ นักศึกษาเกิดการพัฒนาตนเองได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากกิจกรรม หมายถึง “การที่ผู้เรียนปฏิบัติกรอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อการเรียนรู้” (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556) หากนักศึกษาได้เข้าร่วมกิจกรรมจะทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมนักศึกษาที่ไม่เกี่ยวข้อง กับกิจกรรมการเรียนการสอน โดยกิจกรรมจะทำให้เกิด การเชื่อมโยงความรู้ทางวิชาการที่ได้รับจากห้องเรียนกับ สังคมรอบข้าง ทั้งนี้ สำคัญส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ นักศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (2551) ได้เสนอแนวทางการพัฒนานักศึกษาว่าต้องส่งเสริมการจัด กิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อเพิ่มพื้นที่การเรียนรู้ของนักศึกษา ในรูปแบบทักษะชีวิต ทักษะสังคม และสมรรถนะพื้นฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของจินทิพย์ อุดมพันธุ์รัก, จงกวรรณ มุสิกทอง, กอบกุล เลาหิตกุล, และวรบุรณห์ เหลืองรุ่งเรือง (2553) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรมนักศึกษากับการพัฒนาตนเองของ นักศึกษาพยาบาล พบว่าพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม นักศึกษามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการพัฒนาตนเอง โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .410, p < .001$)

ระเบียบวินัยในชั้นเรียน การที่นักศึกษาอยู่ร่วมกัน จำนวนมากในห้องเรียน หากแต่ละคนมีการปฏิบัติสิ่งหนึ่ง สิ่งใดตามความต้องการของตนเองเป็นหลัก อาจเกิด ผลกระทบต่อตนเองหรือเพื่อนร่วมห้องเรียน การมีระเบียบ วินัยในชั้นเรียนจึงเป็นสภาพแวดล้อมหนึ่งที่ส่งผลต่อ การพัฒนาตนเองของนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษา ของอรณิษฐ์ แสงทองสุข (2555) ที่ศึกษาการปรับพฤติกรรม

การเรียนของนักศึกษาที่เรียนวิชาหนึ่ง พบว่าก่อนการปรับพฤติกรรมในชั้นเรียน นักศึกษามีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น เข้าเรียนสาย ขาดเรียนบ่อย ไม่ตั้งใจเรียน ไม่จดบันทึกเนื้อหาที่เรียน ทำให้มีคะแนนเก็บในระดับไม่ผ่านเกณฑ์ (คะแนนเฉลี่ย 57) แต่หลังการปรับพฤติกรรมพบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในการสอบปลายภาคดีขึ้นมาก (คะแนนเฉลี่ย 75)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 อาจารย์ควรจัดการเรียนการสอนแบบเป็นกลุ่มหรือเป็นทีม เช่น การเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก การเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อให้ผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกับอาจารย์ประจำกลุ่ม

1.2 งานกิจกรรมนักศึกษาควรจัดกิจกรรมนอกห้องเรียนที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา โดยให้นักศึกษาทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น ชมรมนักศึกษา ครอบครัวยุวชน บริการวิชาการ พุทธสุขภาพในวันมาฆบูชา กีฬาสถาบัน โดยมีอาจารย์เป็นที่ปรึกษา เพื่อให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการดำเนินงาน

1.3 งานพัฒนาหลักสูตรและการสอนควรมอบนโยบายให้อาจารย์ประจำชั้นกำกับดูแลนักศึกษาในแต่ละชั้นปี โดยให้นักศึกษาร่วมกันกำหนดกฎระเบียบของชั้นเรียน เพื่อเป็นแนวทางให้ทุกคนได้ปฏิบัติตาม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างเพื่อน เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างมีคุณภาพ

2.2 ควรศึกษารูปแบบการสร้างสัมพันธภาพของนักศึกษากับอาจารย์ เพื่อพัฒนาความสามารถทางสติปัญญา ร่างกาย และความสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสังคม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสานพระบรมราชปณิธาน จันทบุรี และสถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและนักศึกษายาบาลอาสาสมัครวิจัยทุกคน

เอกสารอ้างอิง

กนกอร ศรีสมพันธุ์, บังอร ศิริสกุลไพศาล, และศุภาพิชญ์ โฟน โบรมันน์. (2560). การเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนในกิจกรรมการสอบสาธิตย้อนกลับกลไกการคลอด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(2), 138-146.

กรกช อัดตวิริยะนภาพ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่าง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมนิสิตนักศึกษากับการพัฒนาตนเองของนิสิตนักศึกษาในกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2552). *แนวทางการปฏิบัติ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552*. สืบค้น 10 มิถุนายน 2561, จาก <http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/Files/News/FilesNews3/News328072552.pdf>

จรินทิพย์ อุดมพันธุ์รัก, จงกลวรรณ มุสิกทอง, กอบกุล เลาหิตกุล, และวราภรณ์ เหลืองรุ่งเรือง. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนักศึกษากับการพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาล. *Journal of Nursing Science*, 28 (4 suppl.), 74-84.

ทรศณีย์ วรหัทธ. (2554). *การศึกษาการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของโรงเรียนวัดจันทร์ประดิษฐาราม สังกัดสำนักงานเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ทัศนาศ ทอภักดี. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในมหาวิทยาลัยกับบุคลิกภาพของนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). *สถิติชวนใช้*. กรุงเทพฯ: ไอคอนพรินต์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประภัศร ชโลธร. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของอาจารย์กับนักศึกษา และพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา ในระดับปริญญาตรี คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. *วารสารชุมชนวิจัย*, 10(2), 7-16. สืบค้น 23 มิถุนายน 2561, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/NRRU/article/view/93704/73362>
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- เรวดี นามทองดี. (2554). *การคิดอย่างมีเหตุผลของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 9 อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วรรณิ์ ชัยเฉลิมพงษ์. (2547). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้จากหลักสูตรแฝงอันมีผลต่อลักษณะทางวิชาชีพของนิสิตนักศึกษาเภสัชศาสตร์* (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรี). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริดา นูรชาติ. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการเรียนการสอนและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาสาขาการศึกษาปฐมวัย คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม*. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 3(3), 14-20. สืบค้น 1 มิถุนายน 2561, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/npuj/article/download/44394/36729>
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาศึกษภาพนักศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2551). *กิจกรรมนักศึกษากับการพัฒนาคุณภาพบัณฑิต*. สืบค้น 1 ธันวาคม 2559, จาก <http://www.km.thaicyberu.go.th/linkfile/pmqa/File/KM51/scan/02/student.pdf>
- อรณิษฐ์ แสงทองสุข. (2555). *การปรับพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาที่เรียนวิชา MGT311* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม. สืบค้น 1 ธันวาคม 2559, จาก <https://www.spu.ac.th/tlc/files/2015/06/Oranit-Saengthongsuk-2555.pdf>
- Aleandri, G., & Refrigeri, L. (2014). Lifelong education and training of teacher and development of human capital. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 136(2014), 542-548. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.05.372. Retrieved December 1, 2016, from https://ac.els-cdn.com/S1877042814038531/1-s2.0-S1877042814038531-main.pdf?_tid=3da25abb-9ae1-45a6-8db4-7e59c26918a2&acdnat=1527131060_74f9dba3b3d645bf9173390955f344dc
- Astin, A. W. (1993). *What matters in college?*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Best, J. W., & Kahn, J. (2006). *Research in education* (10th ed.). Boston: Pearson Education Allyn & Bacon.
- Chickering, A. W., & Reisser, L. (1993). *Education and identity* (2nd ed.). San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Jacobson, J. F., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (1988). Evaluating instrument for use in clinical nursing research. In Frank-Stromborg, M. (Ed.). *Instrument for clinical nursing research*. pp. 1-19. Connecticut: Appleton and Lange.

ความสุขของนักศึกษาและบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุข

The Happiness of Nursing Students and Staffs in Phrapokklao Nursing College and the Opinions for Contributing to the Happy Workplace

สุชาดา นิมวัฒนากุล, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *

Suchada Nimwatanakul, M.N.S. (Nursing Administration) *

ชดช้อย วัฒน, ป.ศ. (การพยาบาล) **

Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing) **

พัฒนาล มีรสผ่องค์, สป.ม. (การบริหารทั่วไป) ***

Puttan Meesanpawong, M.P.A. (General Administration) ***

บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ****

Budsayarat Loysak, M.N.S. (Adult Nursing) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสุขของนักศึกษาและบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุข กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาล อาจารย์ และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2559 จำนวนทั้งสิ้น 645 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER) มีค่าความเชื่อมั่น .89 และแบบสอบถามความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุข เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุข วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา จัดกลุ่มข้อมูล และนำมาหาค่าความถี่และจัดลำดับความสำคัญ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสุขโดยรวมในระดับมีความสุข ($\bar{X} = 73.87$, $SD = 6.91$) โดยมีมติที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในระดับมีความสุขอย่างยิ่ง ได้แก่ มิตีสภาพดี ($\bar{X} = 76.36$, $SD = 8.92$) มิติน้ำใจดี ($\bar{X} = 75.88$, $SD = 8.86$) และมิติจิตวิญญาณดี ($\bar{X} = 75.88$, $SD = 13.37$) ส่วนมิตีอื่นๆ พบว่าอยู่ในระดับมีความสุข และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความสุขของคนในวิทยาลัยฯ ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อม ส่วนสิ่งที่ควรทำเพื่อให้วิทยาลัยฯ เป็นองค์กรแห่งความสุข ได้แก่ (1) ความสามัคคี การมีส่วนร่วม (2) การจัดการด้านการเรียนการสอน และ (3) การบริหารจัดการที่อยู่อาศัย ปัจจัยพื้นฐาน และสาธารณูปโภค

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** นักวิชาการอิสระ

*** วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

**** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารของวิทยาลัยฯ ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างให้นักศึกษาและบุคลากรมีความสุข โดยสอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาและบุคลากร รวมทั้งเหมาะสมกับบริบทขององค์กร
คำสำคัญ: ความสุข นักศึกษาพยาบาล บุคลากร องค์กรแห่งความสุข

Abstract

This descriptive research aimed to explore the happiness of the nursing students and staffs including officers and nursing instructors at Phrapokklao Nursing College and their opinions for contributing to the happy workplace. The 645 participants included the student nurses, officers, and nursing instructors of the academic year 2016. Research instruments were the demographic data, the happiness self-assessment questionnaire (the HAPPINOMETER) with the reliability at .89, and the questionnaire of opinions about how to contribute to the happy workplace. Data were collected from September to October 2016. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The opinions about how to contribute to the happy workplace were analyzed using content analysis by organizing a number of codes into categories and subcategories and then using frequency for ranking.

The research results revealed that the mean score of participants' happiness was at happy level ($\bar{X} = 73.87$, $SD = 6.91$). The domains with very happy level were the happy body ($\bar{X} = 76.36$, $SD = 8.92$), happy heart ($\bar{X} = 75.88$, $SD = 8.86$), and happy soul ($\bar{X} = 75.88$, $SD = 13.37$); whereas, other domains were at happy level. The factors relating the happiness from participants' opinion were the personal factors, interpersonal relationship, and the environment. In addition, the opinions regarding how to contribute the happy workplace included: 1) the unity and participation; 2) the teaching and learning strategies; and 3) the residential management, fundamental factors of the human being, and public utilities.

This research suggested that the chief executive of nursing college can use the findings to encourage the happiness among nursing students and staffs by considering their needs and expectations, and the suitable organization and its context.

Keywords: Happiness, Nursing students, Staffs, Happy workplace

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างมีความสุขและเพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารจัดการภายในเพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ในการเป็นวิทยาลัยพยาบาล

ชั้นนำระดับประเทศที่เป็นเลิศด้านการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังโดยเน้นชุมชนเป็นศูนย์กลางในปี 2563 โดยได้กำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญในการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างมีความสุขที่นำไปสู่องค์กรแห่งความสุข (healthy workplace) ซึ่งการสร้างองค์กรแห่งความสุขเป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาคน

ในองค์กรอย่างมีเป้าหมาย เพื่อให้มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง มีคุณภาพชีวิตที่ดี นำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยให้คนในองค์กรบริหารจัดการให้เกิดความสมดุลระหว่างงานกับชีวิต ทั้งนี้ การสร้างองค์กรแห่งความสุขหรือองค์กรสุขภาวะ จำเป็นต้องมีวัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับคนทำงาน มีนโยบายในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม เพื่อให้คนในองค์กรอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และคนทำงานมีความสุขในการทำงาน จนเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่ดี ซึ่งจะก่อให้เกิดความสุข ความเชื่อใจในการทำงานร่วมกัน เพิ่มคุณค่าในคนทำงาน สร้างการทำงานเป็นทีม สร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ และเพิ่มประสิทธิภาพผลผลิตอันเป็นประโยชน์ต่อองค์กร (บุญกร วัฒนบุตร, 2558) ซึ่งแนวทางการสร้างสุขภาวะในที่ทำงาน (healthy workplace framework) ขององค์การอนามัยโลก ต้องอาศัยการพัฒนา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ด้านสภาพแวดล้อมทางจิตสังคม ด้านสิ่งเอื้ออำนวยสุขภาพอนามัยในที่ทำงาน และด้านความร่วมมือจากคนในชุมชนนั้น ๆ (Burton, 2010)

อาจารย์พยาบาลเป็นสมาชิกที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาวิทยาลัยให้บรรลุเกณฑ์ชีวิตตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ซึ่งภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของอาจารย์มีทั้งการสอนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงการปฏิบัติงานตามพันธกิจของวิทยาลัยในด้านการบริการวิชาการแก่สังคม การพัฒนางานวิจัยให้ตอบสนองการจัดการเรียนการสอนและการประกันคุณภาพการศึกษา การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และการจัดทำผลงานให้ตอบสนองตามเกณฑ์ชีวิตในการรับรองสถาบัน จากการศึกษาพบว่าสถานการณ์ของอาจารย์ที่มีภาระงานเพิ่มขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการสื่อสารลดลง ความเชื่อถือไว้วางใจน้อย ความสุขในการทำงานน้อย ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรลดลง และมีการลาออกจากงานมากขึ้น (จุติมา ปัญญาพินิจนุกูร, กลีบแก้ว จันทรหงษ์, และปรีศนิ สมิธ, 2555) ดังนั้น การส่งเสริมให้เกิดความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล จึงเป็นเรื่องที่ผู้บริหารองค์กรต้องให้ความสำคัญ โดยต้องส่งเสริมให้เกิดความสุขทั้งในระดับบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยภายใน เช่น การสร้างความพึงพอใจในการทำงาน การทุ่มเท

ต่อการทำงาน เพื่อเป็นแรงผลักดันให้อาจารย์พยาบาลเกิดความรักและผูกพันต่อองค์กร คงอยู่ในองค์กรและวิชาชีพ รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญ ทั้งด้านผู้ร่วมงาน ผู้บริหาร และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (บุญญาภา โพธิ์เกษม, 2558)

นอกจากอาจารย์พยาบาลแล้ว เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนยังเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในองค์กร โดยอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีการปฏิบัติงานในลักษณะที่แตกต่างกัน เพื่อรองรับพันธกิจต่าง ๆ ขององค์กร อีกทั้งนักศึกษาพยาบาลก็เป็นสมาชิกอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นผลผลิตของวิทยาลัย ทั้งนี้ การผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา และตอบสนองความต้องการของชุมชนและระบบสุขภาพเป็นประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญของวิทยาลัย ซึ่งกลยุทธ์ในมิติคุณภาพของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตเพื่อชุมชนอย่างมีมาตรฐาน ภายใต้อบรมภายใต้บรรยากาศแห่งความสุขและสิ่งสนับสนุนที่เพียงพอจากการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงสุด ในขณะที่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยความสุขต่ำสุด (อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโคะ, วิภาพร วรหาญ, และวิพร เสนารักษ์, 2554) และการศึกษาของวิจิตรา พูลเพิ่ม และชลดา พันธุชิน (2552) พบว่าความสุขของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เกิดจากความภาคภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าที่สามารถสอบเข้าเรียนได้ และสามารถปรับตัวได้ ประกอบกับยังไม่ต้องปรับตัวในด้านการเรียนมากนัก เพราะยังไม่มีฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ในขณะที่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 เป็นชั้นปีที่เรียนหนักทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ต้องทำรายงานและไม่มีเวลาว่าง ซึ่งอาจส่งผลต่อความสุขได้ ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการเพิ่มความสุขของนักศึกษา พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่สะท้อนว่าควรปรับการเรียนการสอน โดยปรับลดกิจกรรมและรายงานกรณีศึกษาให้สมดุล เพื่อให้มีเวลาผ่อนคลายและทำกิจกรรมสันทนาการมากขึ้น รวมทั้งได้มีเวลากลับไปเยี่ยมครอบครัว (อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโคะ และคณะ, 2554) อย่างไรก็ตาม การจะสร้างความสุขให้กับคนในองค์กร จำเป็นต้องเข้าใจถึงความสุขของคนในองค์กร และเข้าใจถึงความต้องการของคนแต่ละกลุ่ม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ

และพัฒนากิจกรรมที่จะช่วยเสริมสร้างความสุขให้กับคนในองค์กรที่สอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้จริง

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการสร้างองค์กรแห่งความสุข โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาความสุขของนักศึกษาและบุคลากร และความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุข ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการสร้างองค์กรแห่งความสุข เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาและบุคลากรเกิดความรักและความผูกพันต่อองค์กร อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์และประสิทธิภาพในการดำเนินการของวิทยาลัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสุขของนักศึกษาและบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุขของนักศึกษาและบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาความสุขและความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุขของนักศึกษาและบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โดยความสุขในการวิจัยครั้งนี้อิงตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข 9 มิติ (มิติสุขภาพกายดี มิติผ่อนคลายดี มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติครอบครัวดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี มิติสุขภาพเงินดี และมิติการงานดี) (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประเสริฐ, พงศา บุญยศิริระ, และวรรณภา อารีย์, 2555) ส่วนความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุข ประกอบด้วยสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความสุข และสิ่งที่ควรทำเพื่อให้วิทยาลัยฯ เป็นองค์กรแห่งความสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ซึ่งเป็นการวิจัยในระยะที่ 1 โดยเป็นส่วนหนึ่ง

ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างองค์กรแห่งความสุข: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 063)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2559 จำนวน 133 คน 117 คน 84 คน และ 179 คน ตามลำดับ รวมจำนวน 513 คน และ 2) บุคลากร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2559 ประกอบด้วยอาจารย์ จำนวน 60 คน และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน จำนวน 72 คน รวมจำนวน 132 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 645 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 645 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ สมรส การมีบุตร ระดับการศึกษา ลักษณะงาน และระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER) ที่พัฒนาโดยศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต และคณะ (2555) แบ่งออกเป็น 9 มิติ ได้แก่ 1) Happy Body (สุขภาพดี) จำนวน 6 ตัวชี้วัด 2) Happy Relax (ผ่อนคลายดี) จำนวน 5 ตัวชี้วัด 3) Happy Heart (น้ำใจดี) จำนวน 9 ตัวชี้วัด 4) Happy Soul (จิตวิญญาณดี) จำนวน 5 ตัวชี้วัด 5) Happy Family (ครอบครัวดี) จำนวน 3 ตัวชี้วัด 6) Happy Society (สังคมดี) จำนวน 6 ตัวชี้วัด 7) Happy Brain (ใฝ่รู้ดี) จำนวน 3 ตัวชี้วัด 8) Happy Money (สุขภาพเงินดี) จำนวน 4 ตัวชี้วัด และ 9) Happy Work Life (การงานดี) จำนวน 15 ตัวชี้วัด

รวมจำนวนทั้งสิ้น 56 ตัวชี้วัด มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนทั้งโดยรวมและรายด้าน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง: very unhappy (คะแนนเฉลี่ย 0-24.99) ไม่มีความสุข: unhappy (คะแนนเฉลี่ย 25.00-49.99) มีความสุข: happy (คะแนนเฉลี่ย 50.00-74.99) และมีความสุขอย่างยิ่ง: very happy (คะแนนเฉลี่ย 75-100) หาค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .89

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุข คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความสุขของคนในวิทยาลัยฯ และสิ่งที่ควรทำเพื่อให้วิทยาลัยฯ เป็นองค์กรแห่งความสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสอบถามและแบบสำรวจแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบ 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลความสุข วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุข วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จัดกลุ่มข้อมูล และนำมาหาค่าความถี่และจัดลำดับความสำคัญ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามกลับ 620 คน (คิดเป็นร้อยละ 96.12) ประกอบด้วยนักศึกษา จำนวน 513 คน อาจารย์ จำนวน 48 คน และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน จำนวน 59 คน สำหรับเพศ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.60

โดยนักศึกษารุ่นปีที่ 1-4 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94, 90.60, 90.50 และ 92.20 ตามลำดับ อาจารย์เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 91.70 และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.20 สำหรับอายุ พบว่านักศึกษามีอายุอยู่ในช่วง 18-24 ปี อาจารย์มีอายุอยู่ในช่วง 45-54 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีอายุอยู่ในช่วง 45-54 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.80 สำหรับสถานภาพสมรส พบว่านักศึกษาทุกคนมีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 100 อาจารย์มีสถานภาพสมรสโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.90 และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีสถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ร่วมกัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.50 สำหรับการมีบุตร พบว่าอาจารย์ไม่มีบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.90 และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีบุตร 2 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.60 สำหรับระดับการศึกษา พบว่าอาจารย์ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 79.20 และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.50 สำหรับลักษณะงาน พบว่าอาจารย์ทำงานด้านอื่น ๆ (เกี่ยวกับนักศึกษา) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.90 และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนทำงานด้านบริการ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.50 และสำหรับระยะเวลาปฏิบัติงาน พบว่าอาจารย์ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 62.50 และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีระยะเวลาปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.50

2. ความสุขของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ความสุขในมิติสุขภาพดี จากจำนวนผู้ตอบคำถามได้สมบูรณ์ 613 คน (คิดเป็นร้อยละ 95.04) ประกอบด้วยนักศึกษา จำนวน 511 คน อาจารย์ จำนวน 47 คน และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน จำนวน 55 คน พบว่านักศึกษารุ่นปีที่ 1-4 มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเท่าคนปกติ (น้ำหนักปกติ ค่าดัชนีมวลกาย $18.50-22.90 \text{ kg/m}^2$) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.60, 52.10, 53 และ 57 ตามลำดับ อาจารย์มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเท่าคนปกติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34 และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีภาวะเสี่ยงต่อโรคเพิ่มมาก (โรคอ้วน ค่าดัชนีมวลกาย $25.00-29.90 \text{ kg/m}^2$) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.20 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะเสี่ยงต่อโรค (n = 613)

ภาวะเสี่ยงต่อโรค	นักศึกษา จำนวน (ร้อยละ)				บุคลากร จำนวน (ร้อยละ)		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	ชั้นปีที่ 1 (n = 132)	ชั้นปีที่ 2 (n = 117)	ชั้นปีที่ 3 (n = 83)	ชั้นปีที่ 4 (n = 179)	อาจารย์ (n = 47)	เจ้าหน้าที่ฯ (n = 55)	
ต่ำ (น้ำหนักน้อย BMI < 18.50 kg/m ²)	30 (22.70)	31 (26.50)	20 (24.10)	37 (20.70)	8 (17.00)	6 (10.90)	132 (21.50)
เท่าคนปกติ (น้ำหนักปกติ BMI 18.50-22.90 kg/m ²)	76 (57.60)	61 (52.10)	44 (53.00)	102 (57.00)	16 (34.00)	15 (27.30)	314 (51.20)
เพิ่ม (น้ำหนักเกิน BMI 23.00-24.90 kg/m ²)	15 (11.40)	12 (10.30)	3 (3.60)	25 (15.00)	13 (27.70)	9 (16.30)	77 (12.60)
เพิ่มมาก (โรคอ้วน BMI 25.00-29.90 kg/m ²)	7 (5.30)	10 (8.50)	14 (16.90)	10 (5.60)	5 (10.60)	21 (38.20)	67 (10.90)
อยู่ในช่วงอันตราย (อ้วน มาก BMI > 30 kg/m ²)	4 (3.00)	3 (3.60)	2 (2.40)	5 (2.80)	5 (10.60)	4 (7.30)	23 (3.80)

2.2 ความสุขโดยรวมและรายมิติของกลุ่มตัวอย่าง จากจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจกลับ 620 คน (คิดเป็นร้อยละ 96.12) ประกอบด้วยนักศึกษา จำนวน 513 คน อาจารย์ จำนวน 48 คน และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน จำนวน 59 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสุขโดยรวมในระดับมีความสุข ($\bar{X}$ = 73.87, SD = 6.91) เมื่อจำแนกเป็นรายมิติ พบว่ามิติที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในระดับมีความสุขอย่างยิ่ง ได้แก่ มิติสุขภาพดี ($\bar{X}$ = 76.36, SD = 8.92) มิติน้ำใจดี ($\bar{X}$ = 75.88,

SD = 8.86) และมิติจิตวิญญาณดี ($\bar{X}$ = 75.88, SD = 13.37) ส่วนมิติอื่นๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในระดับมีความสุข และเมื่อจำแนกเป็นรายกลุ่ม พบว่ากลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยความสุขโดยรวมสูงสุดคือ อาจารย์ ($\bar{X}$ = 76.48, SD = 6.07) รองลงมาคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ($\bar{X}$ = 75.68, SD = 10.60) ส่วนกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยความสุขโดยรวมต่ำสุดคือ เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน ($\bar{X}$ = 71.27, SD = 6.54) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความสุขของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายมิติและโดยรวม (n = 620)

มิติ	นักศึกษา				อาจารย์	เจ้าหน้าที่	รวม
	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4			
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)			
	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ
สุขภาพดี	79.85 (5.39)	79.83 (6.76)	73.98 (7.22)	71.75 (6.72)	78.64 (7.87)	77.63 (8.90)	76.36 (8.92)
	very happy	very happy	happy	happy	very happy	very happy	very happy
ผ่อนคลายดี	66.26 (9.99)	66.15 (10.39)	67.22 (9.12)	64.94 (10.60)	67.29 (11.32)	65.67 (10.57)	66.00 (10.28)
	happy	happy	happy	happy	happy	happy	happy
น้ำใจดี	74.30 (8.26)	77.83 (10.26)	75.93 (8.21)	75.62 (8.28)	76.95 (7.72)	75.20 (10.06)	75.88 (8.86)
	happy	very happy	very happy	very happy	very happy	very happy	very happy
จิตวิญญาณดี	70.99 (11.71)	72.82 (12.58)	72.53 (14.39)	71.84 (14.28)	76.17 (14.38)	71.93 (13.01)	75.88 (13.37)
	happy	happy	happy	happy	very happy	happy	very happy
ครอบครัวดี	69.55 (13.46)	72.25 (14.62)	72.93 (13.18)	66.33 (14.95)	77.30 (15.64)	76.37 (14.59)	72.31 (14.76)
	happy	happy	happy	happy	very happy	very happy	happy
สังคมดี	70.10 (8.94)	71.17 (9.99)	73.25 (8.38)	72.42 (9.71)	73.76 (9.13)	69.37 (9.08)	70.64 (9.41)
	happy	happy	happy	happy	happy	happy	happy
ใฝ่รู้ดี	69.12 (9.01)	70.99 (11.52)	72.03 (10.45)	70.90 (10.84)	79.01 (11.96)	72.40 (11.85)	71.23 (5.51)
	happy	happy	happy	happy	very happy	happy	happy
สุขภาพ เงินดี	72.34 (11.13)	72.94 (10.90)	71.33 (12.15)	69.71 (12.42)	72.02 (13.62)	57.55 (16.18)	70.20 (13.10)
	happy	happy	happy	happy	happy	happy	happy
การทำงานดี	-	-	-	-	75.69 (10.81)	67.11 (10.70)	71.22 (11.53)
	-	-	-	-	very happy	happy	happy
โดยรวม	74.09 (9.41)	75.68 (10.60)	74.84 (9.77)	73.08 (10.32)	76.48 (6.07)	71.27 (6.54)	73.87 (6.91)
	happy	very happy	happy	happy	very happy	happy	happy

3. ความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุข

3.1 สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความสุขของคนในวิทยาลัยฯ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 3 อันดับแรก ดังนี้

3.1.1 ปัจจัยด้านตัวบุคคล (177 คน) ทั้งตัวนักศึกษา เพื่อน พี่ อาจารย์ และเจ้าหน้าที่ ในเรื่องการเปิดใจยอมรับกัน การปรับตัวในการอยู่ร่วมกัน การเผชิญกับสิ่งที่ประสบโดยพร้อมที่จะเรียนรู้ การปฏิบัติหน้าที่ของตนให้ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพ การมีมุมมองที่ดี มีความสุข

และการมีผู้บริหารที่ดี

3.1.2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (141 คน) ในเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์ของคนในวิทยาลัยฯ การช่วยเหลือและให้ความร่วมมือกันในเรื่องต่างๆ การเคารพสิทธิซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์แบบพี่น้อง ครอบครัว ความมีน้ำใจ การเอาใจเขามาใส่ใจเรา การเห็นใจผู้อื่น ความมีเหตุผล การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกันทั้งตัวนักศึกษา เพื่อน พี่ อาจารย์ และเจ้าหน้าที่ และความเข้าใจกันกับ

เพื่อนและอาจารย์

3.1.3 สภาพแวดล้อม (110 คน) ในเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ สะอาด ร่มรื่น มีความหลากหลายทางชีวภาพ หอพักสะอาดและมีสิ่งอำนวยความสะดวก รวมทั้งการมีสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น ระบบอินเทอร์เน็ตที่รวดเร็ว

3.2 สิ่งที่ทำเพื่อให้วิทยาลัยฯ เป็นองค์กรแห่งความสุข ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 3 อันดับแรกดังนี้

3.2.1 ความสามัคคี การมีส่วนร่วม (256 คน) โดยเป็นการมีส่วนร่วมตามหลักประชาธิปไตยของทุกคน ในองค์กร มีความสามัคคี การสานสัมพันธ์ การช่วยเหลือกัน ความเอาใจใส่กัน การปรับตัว และการเคารพซึ่งกันและกัน การเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และการตัดสินใจ การจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างคนในองค์กรในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ การส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างนักศึกษา อาจารย์ และเจ้าหน้าที่ อย่างสม่ำเสมอ การสร้างสังคม “แบ่งปัน มีน้ำใจ รักใคร่สามัคคี” และการที่ผู้บริหารรับฟังปัญหาอย่างชอบธรรมและเท่าเทียมในทุกระดับ

3.2.2 การจัดการด้านการเรียนการสอน (141 คน) ในเรื่องการพัฒนาหลักสูตร ผู้สอน และผู้เรียน การจัดให้มีกิจกรรมผ่อนคลายจากการเรียน การจัดวันหยุดที่เหมาะสมกับเวลาในการเรียนการสอน การงดกิจกรรมที่จำเป็นน้อยเพื่อให้มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น และการปรับปรุงความรวดเร็วของระบบอินเทอร์เน็ต

3.2.3 การบริหารจัดการที่อยู่อาศัย ปัจจัยพื้นฐาน และสาธารณสุข (140 คน) ในเรื่องการสร้างหอพักนักศึกษาใหม่ การปรับปรุงความสะอาดของห้องน้ำและห้องเรียน การเพิ่มร้านอาหารที่จำหน่ายอาหารรสชาติอร่อยและถูกหลักอนามัย การปรับปรุงกฎระเบียบเรื่องเวลาในการออกนอกหอพัก และการลดกฎระเบียบที่ไม่ค่อยจำเป็น

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย

ในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่ามิติของความสุขที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มิติสุขภาพดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีนั้นครอบคลุมถึงการรับประทานอาหารเข้า การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความพึงพอใจต่อสุขภาพกายโดยรวม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงไม่ค่อยมีพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา ซึ่งเป็นวัยที่ยังไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียน จึงมีความพึงพอใจต่อสุขภาพกายในระดับดี ส่วนมิติของความสุขที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ มิติผ่อนคลายดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากข้อคำถามเน้นที่ความพึงพอใจของการพักผ่อน การได้ทำกิจกรรมเพื่อเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ และการใช้ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาที่ต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่ค่อนข้างหนัก โดยมีการจัดทำรายงานต่าง ๆ ร่วมด้วย ทำให้มีเวลาในการพักผ่อนน้อยลง จึงส่งผลต่อความสุขในมิตินี้ สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และคณะ (2554) ที่ศึกษาความสุขของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยภาคีรัฐแห่งหนึ่ง พบว่าการที่นักศึกษาพยาบาลต้องเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ทำให้ต้องปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ มีรายงานที่ต้องทำเพิ่มขึ้น และต้องเตรียมความรู้เพื่อให้สามารถขึ้นปฏิบัติงานบนคลินิกได้ ทำให้มีผลต่อระดับความสุข นอกจากนี้ การที่ความสุขในมิติผ่อนคลายดีมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ยังเนื่องจากการที่อาจารย์มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบหลายด้าน และต้องสอนภาคปฏิบัติแก่นักศึกษาในหอผู้ป่วยด้วย ซึ่งอาจต้องใช้เวลาส่วนตัวในการจัดการงานให้แล้วเสร็จตามกำหนดเวลา ทำให้เบียดบังเวลาสำหรับพักผ่อนหย่อนใจ และก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานได้ สำหรับสาเหตุจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนนั้น เนื่องจากปัจจัยทั้งด้านงานและครอบครัว เช่น ลักษณะงาน การต้องทำงานเป็นกรณีพิเศษในวันหยุด เช่น การจัดประชุม การอบรม ในขณะที่ต้องรับผิดชอบภาระหน้าที่ในครอบครัว จึงส่งผลต่อความเครียด ความคาดหวังในชีวิต และกระทบต่อการพักผ่อน สอดคล้อง

กับการศึกษาของจินดาวรรณ รามทอง (2558) ที่ศึกษาความสุขในการทำงานของบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยภาครัฐแห่งหนึ่ง พบว่าความสุขในการทำงานด้านสุขภาพจิตและสังคมได้รับอิทธิพลจากลักษณะงาน ตัวแปรครอบครัวสุขภาพ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสุขโดยรวมในระดับมีความสุข โดยกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยความสุขโดยรวมสูงสุดคือ อาจารย์ รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ส่วนกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยความสุขโดยรวมต่ำสุดคือ เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอาจารย์พยาบาลเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะสูง มีรายได้สูง และได้รับสวัสดิการที่เหมาะสม รวมทั้งมีโอกาสดำเนินงาน และได้รับโอกาสเข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้เกิดความเชี่ยวชาญ ทำให้เกิดแรงจูงใจและเห็นความมั่นคงก้าวหน้าในอาชีพ จึงทำให้มีความสุขมากกว่าเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนและนักศึกษา ประกอบกับอาจารย์ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป ทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร มีความมั่นใจและมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพมากขึ้น สอดคล้องกับข้อเขียนของบุญญาภาโพธิ์เกษม (2558) ที่ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ซึ่งประกอบด้วยอายุการทำงานที่มากขึ้น ทำให้เกิดความผูกพันกับองค์กรและเกิดความรัก มีสัมพันธภาพที่ดีกับนักเรียนพยาบาลและศิษย์เก่า อาจารย์ที่ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาตนเองทำให้มั่นใจ ภาคภูมิใจในวิชาชีพ และส่งผลต่อความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่าเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ยความสุขต่ำสุดนั้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนส่วนหนึ่งไม่ได้บรรจุเป็นพนักงานประจำ โดยเป็นอัตราจ้าง มากกว่าครึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีซึ่งเป็นผลให้ได้รับเงินเดือนต่ำ ประกอบกับมีสถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ร่วมกัน รวมทั้งมีบุตรที่ต้องเลี้ยงดูและส่งผลให้ได้รับการศึกษา อีกทั้งลักษณะงานยังเป็นงานบริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้บังคับบัญชาจึงอาจส่งผลให้เกิดความเครียดหรือรู้สึกกดดันจาก

การทำงานได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของจินดาวรรณ รามทอง (2558) ที่พบว่าความสุขของบุคลากรสายสนับสนุนได้รับอิทธิพลจากครอบครัว สภาพสภาพแวดล้อมในการทำงาน และสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน

สำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงสุดคือ ชั้นปีที่ 2 รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 3 ชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 4 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 2 เริ่มมีการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมเพื่อนนักศึกษา รุ่นพี่ รุ่นน้อง และอาจารย์ นอกจากนี้การฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 นั้น นักศึกษายังไม่ได้ฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยมีอาการหนักหรือซับซ้อนมาก ทำให้มีความรู้สึกกดดันน้อยกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เป็นนักศึกษาใหม่ ต้องมีการปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของวิทยาลัย รวมทั้งระเบียบปฏิบัติระหว่างรุ่นพี่กับรุ่นน้อง ประกอบกับนักศึกษาต้องเข้าพักอาศัยในหอพักของวิทยาลัยร่วมกับเพื่อนใหม่ ทำให้ต้องห่างจากครอบครัว และไม่ได้ร่วมกิจกรรมกับคนในครอบครัว ส่งผลให้มีความสุขน้อยกว่านักศึกษาชั้นปีที่สูงกว่่าซึ่งผ่านการปรับตัวแล้วในระดับหนึ่งสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ถึงแม้ว่าจะผ่านประสบการณ์การพักอาศัยในหอพักจนเคยชิน และมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนนักศึกษา อาจารย์ และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน แต่นักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักและวิกฤตซึ่งส่งผลให้พักผ่อนไม่เพียงพอ มีความกดดันจากตารางการเรียนและการเตรียมสอบความรู้ของผู้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของสภาการพยาบาล ทำให้มีความสุขน้อยกว่านักศึกษาชั้นปีอื่น ๆ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโคะ และคณะ (2554) ที่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีความสุขสูงสุด รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 4 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่าสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความสุขของคนในวิทยาลัยฯ ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อม ส่วนสิ่งที่ควรทำเพื่อให้วิทยาลัยฯ เป็นองค์กรแห่งความสุข ได้แก่ การสร้าง

ความสามัคคี การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การจัดการด้านการเรียนการสอน และการบริหารจัดการที่อยู่อาศัย ปัจจัยพื้นฐาน และสาธารณูปโภค ซึ่งจะเห็นได้ว่านักศึกษาและบุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความสามัคคี และการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร และการบริหารจัดการที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และคณะ (2554) ที่พบว่าประเด็นที่จะเพิ่มความสุขแก่นักศึกษาพยาบาลคือ การเรียนการสอน กิจกรรมสันทนาการ ครอบครัวย และสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้บริหารของวิทยาลัยฯ ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างให้นักศึกษาและบุคลากรมีความสุข โดยสอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาและบุคลากร รวมทั้งเหมาะสมกับบริบทขององค์กร
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความสุระหว่างนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในชั้นปีต่างกัน และระหว่างอาจารย์กับเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน

- 2.2 ควรมีการศึกษาความสุขของนักศึกษาและบุคลากรในสถาบันการศึกษาพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกับวิทยาลัยพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

จินดาวรรณ งามทอง. (2558). *ความสุขในการทำงานของบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่: การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ชุดิมา ปัญญาพินิจนุกร, กลีบแก้ว จันทร์หงษ์, และปรศนี สมิธ. (2555). การเสริมสร้างความสุขในการทำงานเพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(2), 11-23.

บุญญาภา โพธิ์เกษม. (2558). อาจารย์พยาบาลกับความสุขในการทำงาน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 13-24.

บุษกร วัฒนบุตร. (2558). องค์กรแห่งความสุขกับคุณภาพชีวิต. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 4(1), 65-77.

วิจิตรา พูลเพิ่ม, และชลลดา พันธุชิน. (2552). ทักษะชีวิตและการปรับตัวของนักศึกษาวัยรุ่นชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32(1), 36-44.

ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุวรรต์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประเสริฐ, พอดตา บุญยติระณะ, และวรรณภา อารีย์. (2555). *คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส. สืบค้น 20 มิถุนายน 2561, จาก file:///C:/Users/Administrator/Downloads/40 khuumuuekaarwadkhwaamsukhdwytneng_happinomet.pdf

อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, วิภาพร วรหาญ, และวิพร เสนารักษ์. (2554). ความสุขของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 70-79.

Burton, J. (2010). *WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and supporting literature and practices*. Geneva: WHO Headquarters.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การดูแลผู้ที่มีเสี่ยงต่อเบาหวาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน *

Relationships among Knowledge, Attitude and Care Practice of Health Care Volunteers for Persons with Pre-diabetes *

พิมพ์ณภัส กองทราย, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) **

Phimnaphas Thongsai, M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner) **

แสงทอง ธีระทองคำ, พ.ศ. (การพยาบาล) ***

Sangtong Terathongkum, Ph.D. (Nursing) ***

นพวรรณ เปียชื่อ, พ.ศ. (การพยาบาล) ****

กมลรัตน์ กิตติพิพานนท์, Dr.P.H. (Public Health) ****

Noppawan Piaseu, Ph.D. (Nursing) ****

Kamolrat Kittipimpanon, Dr.P.H. (Public Health) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวาน และการปฏิบัติ การดูแลผู้ที่มีเสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่ อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 121 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น .71 ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวาน มีค่า ความเชื่อมั่น .72 และการปฏิบัติ การดูแลผู้ที่มีเสี่ยงต่อเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น .93 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง วันที่ 23 มกราคม ถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน คะแนน เฉลี่ยทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ การดูแลผู้ที่มีเสี่ยงต่อเบาหวาน ในระดับสูง ($\bar{X} = 15.75$, $SD = 2.53$; $\bar{X} = 51.08$, $SD = 8.27$ และ $\bar{X} = 57.60$, $SD = 15.30$ ตามลำดับ) ความรู้ เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r = .358$, $p < .001$) ส่วนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวาน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ การดูแลผู้ที่มีเสี่ยงต่อเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- * วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- ** มหาวิทยาลัยการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- *** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
- **** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
- ***** อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรจัดการอบรมความรู้ เสริมสร้างทัศนคติ และฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และควรมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของ อสม. อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน
คำสำคัญ: ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน
การปฏิบัติการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationships among knowledge of diabetes, attitude toward diabetes prevention, and care practice of the health care volunteers for persons with pre-diabetes. The participants were the 121 health care volunteers who registered at Namkleng District, Sisaket Province in 2014. The research instrument was a questionnaire that consisted of the demographic data, the knowledge of diabetes with reliability at .71, the attitude toward diabetes prevention with reliability at .72, and the care practice for persons with pre-diabetes with reliability at .93. Data were collected from January 23 to February 15, 2014. Data were analyzed using frequency, percentage, range, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that the health care volunteers had the mean score of knowledge of diabetes, attitude toward diabetes prevention, and care practice for persons with pre-diabetes at a high level ($\bar{X} = 15.57$, $SD = 2.53$, $\bar{X} = 51.08$, $SD = 8.27$, and $\bar{X} = 57.60$, $SD = 15.30$, respectively). In addition, the knowledge of diabetes was significantly positively correlated with attitude toward diabetes prevention ($r = .358$, $p < .001$). However, there were no significant correlation between the knowledge of diabetes and the attitude toward diabetes prevention with the care practice for the persons with pre-diabetes.

This research suggested that nurses should continuously provide the diabetes education for the health care volunteers in order to promote their knowledge, attitude, and care practice for persons with pre-diabetes. In addition, the monitoring and supervision in health care volunteer's practice, and the manual of practice in prevention and control diabetes for persons with pre-diabetes are needed.

Keywords: Knowledge of diabetes, Attitude toward diabetes prevention,
Care practice for persons with pre-diabetes, Health care volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ. 2010 สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) รายงานความชุกของผู้ที่เป็นเบาหวาน อายุระหว่าง 20-79 ปี จำนวน 284.60 ล้านคน (IDF, 2010) และเพิ่มขึ้นเป็น 382 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2013 ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 592 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2035 (IDF, 2013) ส่วนประเทศไทยก็เข้าไปในทางเดียวกัน โดยพบอัตราการความชุกของโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 380.80 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 1,050 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2555 โดยร้อยละ 31.20 ไม่ทราบว่าตนเป็นเบาหวาน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จากการคัดกรองโรคพบผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานประมาณ 2.40 ล้านคน (พรหมพิมล วิปุลากร, 2556) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.90-80 (ปราชญ์ ภูวนาด, 2551; วราลี วงศ์ศรีชา, 2554) หากขาดการป้องกันโรคเบาหวานจะทำให้จำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม ประเทศ และโลก ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (life style modification) ช่วยป้องกันการเกิดโรคในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน โดยให้หลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การลดหรือเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา โดยการรับประทานอาหารให้ถูกสัดส่วน ลดน้ำหนักร้อยละ 5-10 ในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ออกกำลังกายระดับเบาถึงระดับปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์ สามารถลดอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวานได้ร้อยละ 40-60 (เทพ หิมะทองคำ, 2549; อัมพา สุทธิจำรูญ, 2550; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554; สารัช สุทรโยธิน, 2555; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555; Garber, 2012) จากการศึกษา

พบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และลดน้ำหนักร้อยละ 7 ในเวลา 2 ปี 8 เดือน สามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 58 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่รับประทานยา metformin และกลุ่มควบคุม ที่ลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานได้เพียงร้อยละ 31 และ 28.90 ตามลำดับ (Knowler et al., 2002) และผู้ที่มีความเครียดอยู่เสมอมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 42.60 เปรียบเทียบกับผู้ที่มีภาวะเครียดบางครั้งและผู้ที่ไม่มีความเครียด ซึ่งมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 31 และ 31.20 ตามลำดับ (Novak, Björck, Giang, Heden-Ståhl, Wilhelmsen, & Rosengren, 2013) และจากการศึกษาผลของบุหรี่ต่อการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18-30 ปี โดยศึกษาติดตามเป็นเวลา 15 ปี พบอัตราการเกิดความทนต่อกลูโคสที่ผิดปกติ (impaired glucose tolerance: IGT) มากที่สุดในกลุ่มสูบบุหรี่ ร้อยละ 21.80 รองลงมาคือ กลุ่มที่สัมผัสควันบุหรี่ กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ได้รับควันบุหรี่ ร้อยละ 17.20, 14.40 และ 11.50 ตามลำดับ (Houston, Person, Pletcher, Liu, Iribarren, & Kiefe, 2006) ในทำนองเดียวกัน การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 35-56 ปี ในประเทศสวีเดน โดยติดตามเป็นเวลา 8-10 ปี พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานและผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เท่ากับ 1.42 เท่า และ 1.67 เท่า ตามลำดับ (Cullmann, Hilding, & Östenson, 2012)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงจะช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง โดยการสำรวจสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของประชากรอายุ 15-74 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2548 และ 2553 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายลดลง จากร้อยละ 91.50 เป็นร้อยละ 82.20 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 19.10 เป็นร้อยละ 25.70 และมีเส้นรอบเอวเกินเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 21.10 เป็นร้อยละ

30.80 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ในทำนองเดียวกับการศึกษาจำนวนหนึ่ง ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (ชนิดา ธนสารสุธี, 2552; ณัฐริณี หนูเทพ และสกาเวเดือน ขาวล้วน, 2553) ดังนั้น จึงต้องมีการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคคลในชุมชนที่สมัครใจเป็นผู้ช่วยดูแลสุขภาพของ ประชาชน ได้รับเลือกจากสมาชิกชุมชน และผ่านการอบรม ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อช่วย สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก และพัฒนาการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดย อสม. จะช่วยสร้างความตระหนัก และเสริมสร้างพลังชุมชน ประสานงานกับเครือข่าย ในการจัดทำโครงการ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน สื่อสารหรือประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสถานการณ์โรค ปัจจัยเสี่ยง และการคัดกรองเบาหวาน โดยการชักประวัติและตรวจ ร่างกายเบื้องต้น เช่น การวัดรอบเอว ประเมินดัชนีมวลกาย แจ้งผลการคัดกรองเบื้องต้น และติดตามผู้ที่เสี่ยงต่อ เบาหวานที่ไม่ได้รับการคัดกรองตามนัด (ปรางณี ภูวนาด, 2551; นภาวดี ไชดี, 2553; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ เป็น เบาหวานและผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานที่มี อสม. ให้การสนับสนุน และดูแลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีพฤติกรรมสุขภาพ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุวิทย์ สุทธิอำนาจกุล, 2550; รุ่งรัตน์ กล้าสนอง, 2553) ดังนั้น อสม. จึงควร ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุม โรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะการ ป้องกันโรคเบาหวาน และการปฏิบัติการดูแลผู้ที่ เสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน ทักษะการป้องกันโรคเบาหวาน และ

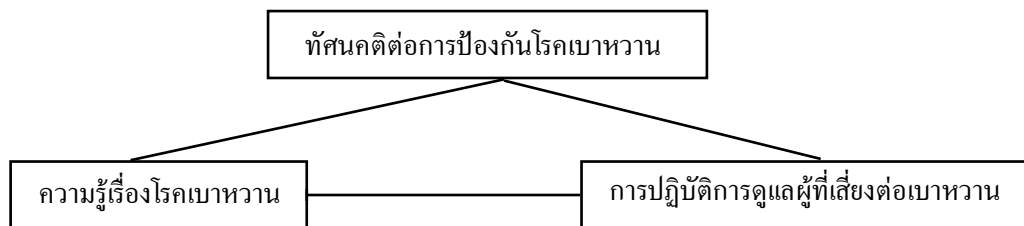
การปฏิบัติการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวก กับทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. ทักษะการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะการป้องกันโรคเบาหวาน และการปฏิบัติการดูแล ผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ (knowledge) ทักษะ (attitude) และ การปฏิบัติ (practice) หรือ KAP ของ Schwartz (1975) รูปแบบที่ 4 ที่ว่าการปฏิบัติเกิดจากความรู้ทั้งโดยตรงและ โดยอ้อมผ่านทัศนคติ และความรู้เกิดจากการปฏิบัติทั้ง โดยตรงและโดยอ้อมผ่านทัศนคติ ในทำนองเดียวกัน ทักษะเกิดจากความรู้ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่าน การปฏิบัติ ดังนั้น การปฏิบัติการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของ อสม. จึงเกิดจากความรู้เรื่องโรคเบาหวานทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผ่านทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน และความรู้ เรื่องโรคเบาหวานของ อสม. เกิดจากการปฏิบัติการดูแล ผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านทัศนคติ ต่อการป้องกันโรคเบาหวาน ในทำนองเดียวกัน ทักษะการ ป้องกันโรคเบาหวานของ อสม. เกิดจากความรู้ เรื่องโรคเบาหวานทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านการปฏิบัติ การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน สรุปเป็นกรอบแนวคิดใน การวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ 2557/626)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่อำเภอป่าสัก จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 660 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอิน อำเภอป่าสัก และในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลป่าสัก ในช่วงวันที่ 23 มกราคม ถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) ปฏิบัติหน้าที่มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ เป็น อสม. เชื้อชาติไทย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 121 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ และการอบรมความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการคัดกรองเบาหวาน ของชาติ ชะวร (2553) จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-11.99 คะแนน) และมีความรู้ในระดับสูง (12-20 คะแนน) (สุพัชชา วิลวัฒน์, 2551)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อโรคเบาหวานของสุวิทย์ สุทธิอำนวยกุล (2550) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติในระดับต่ำ (0-40.79 คะแนน) และมีทัศนคติในระดับสูง (40.80-68.00 คะแนน) (สุพัชชา วิลวัฒน์, 2551)

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติการดูแลผู้เสี่ยงต่อเบาหวาน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันโรคเบาหวาน ของ นาวาดี ใจดี (2553) จำนวนทั้งสิ้น 42 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ สำหรับ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติในระดับต่ำ (0-50.39 คะแนน) และมีการปฏิบัติในระดับสูง (50.40-84.00 คะแนน) (สุพัสชา วิวัฒน์, 2551)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัย นำแบบสอบถามส่วนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะการป้องกันโรคเบาหวาน และการปฏิบัติกรดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวาน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วย อายุรแพทย์ด้านโรคเบาหวาน อาจารย์ด้านการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และพยาบาลด้านเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87, .92 และ 1.00 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับ อสม. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลอุบล อำเภอน้ำเกลี้ยง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .71 สำหรับแบบสอบถามส่วนทักษะการป้องกันโรคเบาหวาน และการปฏิบัติกรดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวาน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .72 และ .93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง สาธารณสุขอำเภอน้ำเกลี้ยง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเงิน รวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จำนวน 1 คน ผู้วิจัยสำรวจและเตรียมรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพินิจสิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบตอพบปะหาหน้าที อสม. รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูล

ในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม และแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบประมาณ 45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 23 มกราคม ถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ข้อมูลทักษะการป้องกันโรคเบาหวาน และข้อมูลการปฏิบัติกรดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวาน วิเคราะห์ด้วยสถิติพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะการป้องกันโรคเบาหวาน และการปฏิบัติกรดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวาน วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.46 มีอายุเฉลี่ย 48.66 ปี (SD = 10.41) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 90.08 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.64 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 86.78 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 12,481.82 บาท (SD = 11,567.98) ส่วนใหญ่ไม่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 91.74 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. เฉลี่ย 13.06 ปี (SD = 9.09) จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 13 ครัวเรือน (SD = 3.54) และส่วนใหญ่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 76.04

2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะการป้องกันโรคเบาหวาน และการปฏิบัติกรดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยทักษะการป้องกันโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวานในระดับสูง ($\bar{X}$ = 15.75, SD = 2.53; = 51.08, SD = 8.27 และ $\bar{X}$ = 57.60, SD = 15.30 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวาน และการปฏิบัติกรดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 121)

ตัวแปร	พิสัย	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	7 - 20	15.57	2.53	สูง
ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวาน	27 - 67	51.08	8.27	สูง
การปฏิบัติกรดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน	21 - 84	57.60	15.30	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวาน และการปฏิบัติกรดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทักษะคิดต่อการป้องกัน

โรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .358, p < .001$) ส่วนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวาน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวาน และการปฏิบัติกรดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 121)

ตัวแปร	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวาน	การปฏิบัติกรดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	1		
ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวาน	.358 *	1	
การปฏิบัติกรดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน	.103	.088	1

* $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับเบาหวานตามหลักสูตรมาตรฐานที่มุ่งเน้นให้ อสม. มีความรู้ ทักษะคิด และทักษะในการควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้ง อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน

มานานกว่า 10 ปี ทำให้ อสม. มีความรู้และประสบการณ์ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อสม. มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับสูง (สุวิทย์ สิทธิอำนวยกุล, 2550) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับปานกลาง (ปราณี ภูวนาด, 2551) และการศึกษาในอาสาสมัครดูแลสุขภาพในประเทศแอฟริกาใต้ ที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวานในระดับต่ำ (Hughes, Puoane,

& Bradley, 2006)

ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. เป็นผู้ที่มิจิตอาสา เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพแก่ชุมชน และมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานในระดับสูง ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคเบาหวาน สอดคล้องกับแนวคิด KAP ของ Schwartz (1975) รูปแบบที่ 4 ที่ว่าความรู้ทำให้เกิดทัศนคติที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อสม. มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน (สุวิทย์ สุทธิอำนวยกุล, 2550) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ ที่พบว่าอาสาสมัครดูแลสุขภาพมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการป้องกันโรคเบาหวาน (Hughes et al., 2006)

ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคเบาหวาน จึงก่อให้เกิดการปฏิบัติเพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน สอดคล้องกับแนวคิด KAP ของ Schwartz (1975) รูปแบบที่ 4 และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคะแนน การคัดกรองและป้องกันเบาหวานของ อสม. อยู่ในระดับ ปานกลาง (นภาวดี ใจดี, 2553) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคะแนนการปฏิบัติในการโน้มน้าวชักจูงให้บุคคลมาคัดกรองเบาหวาน และการคัดกรองเบาหวาน อยู่ในระดับต่ำ (ปรางณี ภูวนาด, 2551)

ผลการวิจัยพบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิด KAP ของ Schwartz (1975) รูปแบบที่ 4 ที่ว่าความรู้ทำให้เกิดทัศนคติ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพ จึงจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างองค์ความรู้เรื่องโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และแก้ไขความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองเบาหวาน พร้อมทั้งจัดทำคู่มือความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการคัดกรองเบาหวานเบื้องต้น เพื่อให้ อสม. สามารถ ทบทวนความรู้จนสามารถจดจำข้อมูลต่างๆ อันจะทำให้ อสม. เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน

ผลการวิจัยพบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก อสม. ครั้งหนึ่งได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน เพียงครั้งเดียว และบางส่วน (ร้อยละ 23.96) ไม่เคยได้รับการอบรม เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด จึงทำให้การปฏิบัติ การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานพร่องประสิทธิภาพ ประกอบกับ อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานต่างๆ ตามที่พยาบาลวิชาชีพ มอบหมาย นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาอายุข้อยังพบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีโอกาสในการปฏิบัติงานที่จะช่วยในการพัฒนาศักยภาพของตน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาชุมชน ร่วมวางแผน หาแหล่งทุน การเจาะเลือดปลายนิ้ว พร้อมแจ้งผล และการให้คำแนะนำเบื้องต้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิด KAP ของ Schwartz (1975) ที่ว่าความรู้เกิดจากการปฏิบัติ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านทัศนคติ ดังนั้น พยาบาล วิชาชีพจึงควรมอบหมายให้ อสม. ปฏิบัติงานดังกล่าว อันจะช่วยเพิ่มความสามารถของ อสม.

ผลการวิจัยพบว่าทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่วางแผนกิจกรรมและมอบหมายให้ อสม. ปฏิบัติ ส่งผลให้ อสม. ทำงานโดยไม่ต้องคิด หรือไตร่ตรอง ประกอบกับ อสม. ครั้งหนึ่งได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับเบาหวานเพียงครั้งเดียว และบางส่วน (ร้อยละ 23.96) ไม่เคยได้รับการอบรม จึงทำให้พร่อง การเกิดทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานในบางประการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Schwartz (1975) ที่ว่า การปฏิบัติเกิดจากความรู้โดยตรงและโดยอ้อมผ่านทัศนคติ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงควรเปิดโอกาสให้ อสม. มีส่วนร่วม ในการคิด วิเคราะห์ เสนอความเห็น และวางแผนแก้ไข ปัญหาชุมชน อันจะทำให้ อสม. มีความรู้และทัศนคติ ที่ดีต่อการป้องกันโรคเบาหวาน ส่งผลให้การปฏิบัติ การดูแล ผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานโดย อสม. เกิดประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลควรจัดการอบรมความรู้ เสริมสร้างทัศนคติ และฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยจัดในช่วงก่อนการคัดกรองเบาหวาน และควรมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของ อสม. อย่างสม่ำเสมอ โดยการอบรมควรเน้นความรู้เรื่องการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน ค่าผิดปกติต่างๆ ที่ควรทราบ เช่น ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ขนาดรอบเอว การใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา นอกจากนี้ควรเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักในการให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน ฝึกปฏิบัติการเจาะเลือดปลายนิ้ว และการให้คำแนะนำหลังเจาะเลือด เป็นต้น

1.2 พยาบาลควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน เพื่อให้ อสม. ใช้เป็นคู่มือในการทบทวนความรู้ โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับความจำในเรื่องค่าปกติต่างๆ ที่ใช้อ้างอิงในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน เช่น ค่าระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของ อสม. โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน และการลดลงของอัตราการเกิดโรคเบาหวานในชุมชน

2.2 ควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานของ อสม. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา อสม. ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. สืบค้น 20 มีนาคม 2556, จาก <http://www.thaiphc.net/doc54/NewOSM-1.pdf>

ชนิดา ธนสารสุธี. (2552). *พฤติกรรมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในเขตชนบท จังหวัดขอนแก่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชาติ ะวร. (2553). *การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ณัฐรินทร์ หนูเทพ, และสกวเดือน ขาวล้วน. (2553). *การศึกษาความรู้ พฤติกรรม ทัศนคติ การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เส้นเลือดในสมอง และภาวะอ้วน หมู่ที่ 4, 5, 7 ตำบลบ่อหิน อำเภอสีเกา จังหวัดตรัง* (รายงานผลการวิจัย). ตรัง: สถานีอนามัยไร่ออก.

เทพ หิมะทองคำ. (2549). *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาดิ ไฉ. (2553). *การปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันโรคเบาหวาน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปรางค์ ภูวนาถ. (2551). *การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ชุมชนหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

พรรณพิมล วิปลากร. (2556). *เจาะลึกระบบสุขภาพ*. สืบค้น 14 มกราคม 2557, จาก <http://www.hfocus.org/content/2013/11/5428>

รุ่งรัตน์ กล้าสนอง. (2553). *การประเมินผลโปรแกรมการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของสถานีอนามัยบ้านโคกราช ตำบลรางหวาย อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- วรลี วงศ์ศรีธา. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สารัช สุนทรโยธิน. (2555). การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2. ใน สารัช สุนทรโยธิน, และปฏิญ์ บุณยทรัพย์ขจร. (บ.ก.). *Diabetes mellitus ตำราโรคเบาหวาน*. หน้า 33-38. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). จำนวนและอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคสำคัญ (ไม่ติดต่อ) ปี พ.ศ. 2537-2554. สืบค้น 8 เมษายน 2556, จาก http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานถอดบทเรียนชุมชน ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ปี 2553. สืบค้น 6 พฤษภาคม 2556, จาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge>
- สุพัสชา วิวัฒน์. (2551). ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานประเภท 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ สุทธิอำนวยกุล. (2550). ผลของโปรแกรมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อัมพา สุทธิจำรูญ. (2550). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตและการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน. ใน วรณีนี นิธิยานันท์, สาทิต วรณแสง, และรัชชาญ ติโณวงศ์. (บ.ก.). *สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2550*. หน้า 47-64. กรุงเทพฯ: วิวัฒนาการพิมพ์.
- Cullmann, M., Hilding, A., & Östenson, C. G. (2012). Alcohol consumption and risk of pre-diabetes and type 2 diabetes development in a Swedish population. *Diabetic Medicine*, 29(4), 441-452. Doi: 10.1111/j.1464 – 5491.2011.03450.x
- Garber, A. J. (2012). Obesity and type 2 diabetes: Which patients are at risk?. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 14(5), 399-408. Doi: 10.1111/j.1463-1326.2011.01536.x
- Houston, T. K., Person, S. D., Pletcher, M. J., Liu, K., Iribarren, C., & Kiefe, C. I. (2006). Active and passive smoking and development of glucose intolerance among young adults in a prospective cohort: CARDIA study. *BMJ*, 332(7549), 1064-1069. Retrieved May 16, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16603565>

- Hughes, G. D., Puoane, T., & Bradley, H. (2006). Ability to manage diabetes - community health workers' knowledge, attitudes and beliefs. *Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa (JEMDSA)*, 11(1), 10-14. Retrieved May 16, 2018, from <http://repository.uwc.ac.za/xmlui/bitstream/handle/10566/278/HughesDiabetes2006.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- International Diabetes Federation. (2010). *A call to action on diabetes*. Retrieved February 10, 2012, from <http://www.idf.org/webdata/Call-to-Action-on-Diabetes.pdf>
- International Diabetes Federation. (2013). *IDF diabetes atlas* (6th ed.). Retrieved February 14, 2012, from https://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf
- Knowler, W. C., et al. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine*, 346(6), 393-403. DOI: 10.1056/NEJMoa012512
- Novak, M., Björck, L., Giang, K. W., Heden-Ståhl, C., Wilhelmsen, L., & Rosengren, A. (2013). Perceived stress and incidence of type 2 diabetes: A 35-year follow-up study of middle-age Swedish men. *Diabetic Medicine*, 30(1), e8-16. Retrieved May 8, 2014, from <http://ehis.ebscohost.com/eds/detail?vid>
- Schwartz, N. E. (1975). Nutritional knowledge, attitude, and practices of high school graduates. *Journal of the American Diabetic Association*, 66(1), 28-31. Retrieved May 8, 2014, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1110296>
-

พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันและแก้ไขโรคฟันผุในเด็กอายุ 8-12 ปี
โรงเรียนบ้านทุ่งม่วง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี
Self-management Behaviors Regarding Dental Caries Prevention and Solving
among 8-12 Years Children, Ban Thung Muang School,
Pong Nam Ron District, Chanthaburi Province

จิราภา ศรีท่าโฮ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) *

Jerapa Srithahai, M.N.S. (Pediatric Nursing) *

บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) **

Budsayarat Loysak, M.N.S. (Adult Nursing) **

คนิสร เจริญกิจ, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) *

Kanisorn Charoenkit, M.N.S. (Nursing Education) *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันและแก้ไขโรคฟันผุในเด็กอายุ 8-12 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่มีฟันผุ โรงเรียนบ้านทุ่งม่วง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี จำนวน 47 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กอายุ 8-12 ปี ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ มีค่าความเชื่อมั่น .83 และพฤติกรรมจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุ มีค่าความเชื่อมั่น .66 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 89.40 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ โดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$, $SD = .28$) นักเรียนส่วนใหญ่มีฟันผุ (หินน้ำลาย) ที่ฟัน คิดเป็นร้อยละ 78.70 โดยนักเรียนมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.60 และพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.83$, $SD = .56$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการแก้ไขโรคฟันผุในวัยเด็กชั้นประถมศึกษา ควรนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการแก้ไขโรคฟันผุในประเด็นที่ยังเป็นปัญหา เช่น การใช้ไหมขัดฟัน โดยให้ครูและผู้ปกครองสนับสนุน และมีการกระตุ้นเตือนการจัดการตนเองในการป้องกันและแก้ไขโรคฟันผุ

คำสำคัญ: โรคฟันผุ พฤติกรรมจัดการตนเอง การป้องกันการเกิดโรคฟันผุ การแก้ไขโรคฟันผุ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Abstract

This descriptive research aimed to determine self-management behaviors regarding dental caries prevention and solving among 8-12 years children, Ban Thung Muang School, Pong Nam Ron District, Chanthaburi Province. The samples consisted of 47 school age children with dental caries at Ban Thung Muang School. The research instrument was a self-management behavior questionnaire that comprised the demographic data; self-management behaviors in dental caries prevention with the reliability of .83, and self-management behaviors in dental caries solving with the reliability of .66. Data were collected in November 2015. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that the most participants had the score of self-management behaviors in dental caries preventions at a moderate level (89.40%), and the mean score of this behavior was at the moderate level ($\bar{X} = 2.60$, $SD = .28$). Most students have dental plaque (78.70%) and had the self-management behaviors in dental caries solving at a moderate level (59.60%), as same as the mean score of this behavior was at the moderate level ($\bar{X} = 2.83$, $SD = .56$).

This research suggested that the health care team who has the responsibility about the school health can use these results as a guideline for educating the prevention and treatments of dental caries, such as flossing used for the primary school children and promote self-management support by the teachers and parents.

Keywords: Dental caries, Self-management behavior, Dental caries prevention, Dental caries solving

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคฟันผุ (dental caries) เป็นโรคในช่องปากที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางทันตสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งโรคนี้เกิดขึ้นได้ในทุกเพศ ทุกวัย และทุกสถานะทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนหรือเด็กวัยประถมศึกษา ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยเรียนหรือเด็กวัยประถมศึกษามีความซับซ้อนและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย เนื่องจากเป็นวัยที่ยังไม่สามารถรับผิดชอบดูแลจัดการตนเองได้ทั้งหมดทุกเรื่อง ทำให้เด็กวัยนี้มีโอกาสเกิดโรคฟันผุได้มาก โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการแปรงฟันที่ไม่สะอาด รวมถึงการที่ผู้ปกครองไม่ได้แปรงฟันซ้ำให้ หรือไม่ได้ตรวจสอบความสะอาดของช่องปากและฟันให้เด็กภายหลังการแปรงฟัน (Febres, Echeverri, & Keene, 1997) โดยพบว่ายังมีมารดา

หรือผู้ปกครองของเด็กวัยประถมศึกษาจำนวนมากที่ขาดความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพทั้งของตนเองและบุตร (Chan et al., 2002 อ้างถึงในลักขณา อัยจิรากุล, 2557) เมื่อเด็กเกิดโรคฟันผุจะส่งผลกระทบต่อตรงต่อการรับประทานอาหาร ทำให้เกิดความเจ็บปวดในบริเวณช่องปาก และยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของเด็กในเรื่องต่าง ๆ เช่น น้ำหนักตัว การเจริญเติบโต และพัฒนาการ การนอนหลับจิตใจ และมีผลบั่นทอนทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมต่อผู้เลี้ยงดูเด็กอีกด้วย (วิลาวัลย์ วีระอาชากุล และวิบูลย์ วีระอาชากุล, 2551; สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555; American Academy of Pediatric Dentistry, 1999; Locker, 2007) หากปล่อยให้โรคฟันผุเป็นเรื้อรังอาจทำให้เกิดโรคหัวใจในเด็กได้เนื่องจากภายในช่องปากมีเชื้อโรคหลายชนิดชุกซ่อนอยู่

โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรียพวกสเตรปโตคอคคัส ซึ่งพบมากในช่องปากที่มีฟันผุหรือเหงือกอักเสบ โดยเชื้อโรคเหล่านี้จะแทรกซึมเข้าไปตามกระแสเลือดและฝังตัวที่เยื่อหัวใจ ส่งผลให้เกิดภาวะเยื่อหัวใจอักเสบตามมา ซึ่งอาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จึงกล่าวได้ว่าสุขภาพช่องปากของเด็กเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพทั้งของเด็กและครอบครัว (American Academy of Pediatric Dentistry, 1999)

สำหรับเด็กวัยประถมศึกษา โรคในช่องปากที่พบมากคือ โรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2551-2555 ที่พบว่าเด็กอายุ 12 ปี เป็นโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ 52.30 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) โรคฟันผุเป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อฟัน เช่น อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล อาหารที่ย่อยสลายเป็นกรด เช่น ขนมปัง ลูกอม ขนมเค้ก ขนมอบกรอบ และเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม การรักษาดูแลช่องปาก โดยเฉพาะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี รวมทั้งการรับการเคลือบหลุมร่องฟันจากทันตแพทย์ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรคฟันผุ ทั้งนี้ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กวัยนี้ นอกจากผู้ปกครองและครูซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือและแนะนำการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีแล้ว ตัวเด็กวัยประถมศึกษาเองก็เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีของตนเอง เนื่องจากเป็นวัยที่สามารถช่วยเหลือตนเองในการแปรงฟัน และมีอิสระในการเลือกรับประทานอาหารเองมากขึ้น โดยต้องสามารถจัดการตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพปากฟันสังเกต ติดตามความผิดปกติที่ต้องรายงานแก่ผู้ปกครองและครูได้เมื่อมีปัญหา ในทางกลับกัน หากเด็กวัยประถมศึกษา มีการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพปากฟันไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาโรคฟันผุและโรคในช่องปากตามมาได้

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อควบคุมภาวะโรค

ซึ่งการที่บุคคลจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ต้องเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดทักษะการแก้ไขปัญหา และทักษะการวางแผนจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเอง โดยต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีทักษะการจัดการตนเองที่จำเป็นในการควบคุมโรค สามารถตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคและการดำเนินชีวิตประจำวัน (Creer, 2000) สำหรับการจัดการตนเองในเด็ก เป็นความสามารถในการเฝ้าระวัง กำกับตนเอง และตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยการสอนการจัดการตนเองในเด็ก (teaching children to self-manage their behaviors) เพื่อให้จัดการพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ผู้สอนต้องมีการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย คือ การส่งเสริมให้เด็กสามารถจัดการกับพฤติกรรมของตนเองให้มากที่สุด เพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมทั้งเพิ่มความรู้และทักษะในการปฏิบัติ โดยเริ่มจากการเลือกพฤติกรรมที่ต้องการ และผู้สอนให้การแนะนำเทคนิคในการจัดการตนเองแก่เด็ก บอกรายละเอียดวิธีการปฏิบัติที่ต้องเฝ้าระวัง กำกับ และติดตาม รวมทั้งการประเมินผลการปฏิบัติให้เกิดความเข้าใจจนเด็กสามารถพัฒนาความเข้าใจด้วยตัวเอง (Ward, 2006) โดยการจัดการตนเองให้เป็นผลสำเร็จ ต้องมีการกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ (Kanfer & Gaelick, 1986 cited in Glomb & West, 1990) ทั้งนี้ เด็กวัยประถมศึกษาเป็นวัยที่ได้รับการส่งเสริมเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงการแปรงฟันที่ถูกวิธี ทั้งจากผู้ปกครอง ครู และบุคลากรทีมสุขภาพ ในกิจกรรมอนามัยโรงเรียน รวมทั้งได้รับการตรวจประเมินทันตสุขภาพจากฝ่ายทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนเป็นระยะ หากเด็กมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพปากฟัน น่าจะลดปัญหาฟันผุในเด็กวัยนี้ได้

จากการสำรวจข้อมูลของโรงเรียนบ้านทุ่งม่วง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี พบว่าเด็กวัยประถมศึกษาประสบปัญหาเรื่องโรคฟันผุ โดยจากสถิติพบว่าโรงเรียนมีนักเรียนอายุ 8-12 ปี จำนวนทั้งสิ้น 51 คน เป็นโรคฟันผุจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 92.16 ซึ่งนับว่าเป็นอัตรา

ที่สูงมาก โดยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมของเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กอายุ 8-12 ปี โรงเรียนบ้านทุ่งม่วง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะครูและผู้ปกครอง ในการป้องกันและแก้ไข ปัญหา โรคฟันผุในเด็กวัยประถมศึกษา อันจะช่วยให้เด็ก มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกัน โรคฟันผุในเด็กอายุ 8-12 ปี โรงเรียนบ้านทุ่งม่วง อำเภอ โป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในการแก้ไข โรคฟันผุในเด็กอายุ 8-12 ปี โรงเรียนบ้านทุ่งม่วง อำเภอ โป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการ ตนเองของ Creer (2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการจัดการตนเองในเด็กเป็นแนวทาง (Kanfer & Gaelick, 1986 cited in Glomb & West, 1990; Ward, 2006) ทั้งนี้ การตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติเป็นขั้นตอน สำคัญในการจัดการดูแลสุขภาพปากฟันของเด็กวัยประถมศึกษา โดยหลังจากได้รับการสอนและฝึกการแปรงฟันและ ดูแลสุขภาพช่องปากจากผู้ปกครอง ครู หรือบุคลากร ทีมสุขภาพ เด็กจะมีการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติตาม ที่ได้รับการฝึก ซึ่งเด็กจะมีการเรียนรู้ในการจัดการกับ พฤติกรรม โดยจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนและผล ที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติ และจะเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องของ เหตุการณ์กับพฤติกรรมของตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างไปจากเดิม ซึ่ง มี การประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมและตัดสินใจปรับ พฤติกรรมการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพปากฟัน โดยเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาระดับประถมศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัด จันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 065)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักเรียน โรงเรียนบ้านทุ่งม่วง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี อายุ 8-12 ปี จำนวนทั้งสิ้น 51 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างคือ มีอาการของโรคฟันผุดังแต่ระยะที่ 1 เป็นต้นไป และสามารถฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 47 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับ โรคฟันผุในเด็กอายุ 8-12 ปี คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด การจัดการตนเองของ Creer (2000) และการทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูล เกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพหลักของผู้ปกครอง การศึกษา ของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง และลำดับของ การเป็นบุตร จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น แบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกัน โรคฟันผุ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติ 1-3 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 4-6 วันต่อสัปดาห์ และ ปฏิบัติทุกวัน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะ ตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) และในระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการตนเองในการแก้ไข โรคฟันผุ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) อาการที่เกี่ยวข้อง กับโรคฟันผุ จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น

แบบให้เลือกว่ามีหรือไม่มี และ 2) พฤติกรรมการจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่ทำเลย ทำนาน ๆ ครั้ง ทำบ่อย และทำเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) และในระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนโรงเรียนบ้านทุ่งม่วงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุเท่ากับ .83 และส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุเท่ากับ .66

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านทุ่งม่วง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบครูประจำชั้นและกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบ 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ และข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุ วิเคราะห์ด้วย

สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 27.70 รองลงมาคือ อายุ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.40 โดยมีอายุเฉลี่ย 9.87 ปี ($SD = 1.48$) อาชีพหลักของผู้ปกครองคือ รับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.30 รองลงมาคือ ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 21.30 การศึกษาของผู้ปกครองคือ ระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.20 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 36.20 รายได้ของผู้ปกครองคือ 5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.80 รองลงมาคือ 7,000 บาทต่อเดือน และ 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 10.60 เท่ากัน โดยมีรายได้เฉลี่ย 7,425.53 บาทต่อเดือน ($SD = 4,542.04$) และลำดับของการเป็นบุตรคือ ลำดับที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.70 รองลงมาคือ ลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 34

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียน พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 89.40 รองลงมาคือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 8.50 ดังแสดงในตารางที่ 1 และพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$, $SD = .28$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ “นักเรียนใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟัน” ($\bar{X} = 3.57$, $SD = .77$) รองลงมาคือ “นักเรียนรับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ ผัก ผลไม้” ($\bar{X} = 3.53$, $SD = .74$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ “นักเรียนย้อมสีฟันทุกครั้งก่อนแปรงฟัน” ($\bar{X} = 1.23$, $SD = .66$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักเรียน จำแนกตามระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ ($n = 47$)

พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	1	2.10
ระดับปานกลาง	42	89.40
ระดับสูง	4	8.50

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ
ของนักเรียน จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (n = 47)

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง
1. นักเรียนอมลูกอม รับประทานขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ	2.34	.78	ปานกลาง
2. นักเรียนเคี้ยวอาหารโดยใช้ฟันข้างเดียว	2.57	1.24	ปานกลาง
3. นักเรียนรับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ ผัก ผลไม้	3.53	.74	สูง
4. นักเรียนรับประทานอาหารระหว่างมื้อ เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม	2.65	.86	ปานกลาง
5. นักเรียนรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น ปลาเล็ก-ปลาน้อย นมจืด	3.36	.73	สูง
6. นักเรียนใช้แปรงสีฟันที่มีลักษณะด้ามแปรงตรง ขนแปรงไม่นุ่มหรือแข็งเกินไปในการแปรงฟัน	2.93	1.30	ปานกลาง
7. นักเรียนใช้ไหมขัดฟันกำจัดเศษอาหารบริเวณ ซอกฟันหลังแปรงฟัน	1.72	1.07	ต่ำ
8. นักเรียนแปรงฟันกรามโดยการแปรงแบบถูไปถูมา	3.51	.77	สูง
9. นักเรียนใช้น้ำยาบ้วนปากช่วยในการทำ ความสะอาดช่องปากหลังแปรงฟัน	1.93	1.05	ต่ำ
10. นักเรียนแปรงลิ้นหลังแปรงฟัน	2.17	1.23	ปานกลาง
11. นักเรียนแปรงฟันหลังรับประทานอาหารและ ก่อนนอน	2.87	1.01	ปานกลาง
12. นักเรียนใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟัน	3.57	.77	สูง
13. นักเรียนใช้หลอดดูดน้ำอัดลมแทนการดื่มจากแก้ว	2.27	1.01	ปานกลาง
14. นักเรียนแปรงฟันซ้ำอีกครั้งให้เศษอาหารหลุดหรือ ใช้ไหมขัดฟัน หลังแปรงฟันแล้วมีเศษอาหาร ติดซอกฟัน	2.36	1.20	ปานกลาง
15. นักเรียนข้อมสีฟันทุกครั้งก่อนแปรงฟัน	1.23	.66	ต่ำ
โดยรวม	2.60	.28	ปานกลาง

3. อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุของนักเรียน พบว่า
นักเรียนทุกคนมีคราบขาวขุ่นที่เคลือบฟัน (โรคฟันผุระยะ
ที่ 1) คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ มีหินปูน (หินน้ำลาย)

ที่ฟัน คิดเป็นร้อยละ 78.70 และที่น้อยที่สุดคือ เหงือกบวม
และเนื้อฟันเป็นสีดำ มีรูผุ คิดเป็นร้อยละ 57.40 เท่ากัน
ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักเรียน จำแนกตามอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ (n = 47)

อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. มีคราบขาวปูนที่เคลือบฟัน (โรคฟันผุระยะที่ 1)	47	100.00
2. ปวดฟัน	35	74.50
3. เสียวฟัน	32	68.10
4. มีเลือดออกตามไรฟัน	29	61.70
5. เหงือกบวม	27	57.40
6. เนื้อฟันเป็นสีดำ มีรูผุ	27	57.40
7. มีกลิ่นปาก	32	68.10
8. มีหินปูน (หินน้ำลาย) ที่ฟัน	37	78.70

4. พฤติกรรมการจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุ
ของนักเรียน พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง
ในการแก้ไขโรคฟันผุในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็น
ร้อยละ 59.60 รองลงมาคือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 31.90
ดังแสดงในตารางที่ 4 และพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ
จัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุโดยรวมในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 2.83$, $SD = .56$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ

พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ “เมื่อมีอาการปวดฟัน
นักเรียนใช้ยาสีฟันมากขึ้นในการแปรงฟัน” ($\bar{X} = 3.20$,
 $SD = 1.05$) รองลงมาคือ “เมื่อมีกลิ่นปาก นักเรียนแปรงฟัน
ให้สะอาดเพิ่มขึ้น และแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาไปพบหมอฟัน”
($\bar{X} = 3.15$, $SD = .88$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด
คือ “เมื่อมีเหงือกบวม นักเรียนแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน
ร่วมด้วย” ($\bar{X} = 2.14$, $SD = 1.19$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของนักเรียน จำแนกตามระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุ (n = 47)

พฤติกรรมการจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	4	8.50
ระดับปานกลาง	28	59.60
ระดับสูง	15	31.90

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุ
ของนักเรียน จำแนกเป็นรายชื่อและโดยรวม

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุ	n	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรม การจัดการตนเอง
1. เมื่อทราบว่ามีฟันผุ นักเรียนแปรงฟันบ่อยขึ้น	47	3.10	.81	สูง
2. เมื่อมีอาการปวดฟัน นักเรียนเลิกรับประทานขนมหวานลูกอม น้ำอัดลม	35	2.94	1.08	ปานกลาง
3. เมื่อมีอาการปวดฟัน นักเรียนใช้ยาสีฟันมากขึ้นในการแปรงฟัน	35	3.20	1.05	สูง
4. เมื่อมีอาการเสียวฟัน นักเรียนหยุดรับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว	32	2.53	1.31	ปานกลาง
5. เมื่อมีเลือดออกตามไรฟัน นักเรียนแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาไปพบหมอฟัน	29	2.58	1.15	ปานกลาง
6. เมื่อมีเหงือกบวม นักเรียนแจ้งผู้ปกครอง	27	2.92	1.07	ปานกลาง
7. เมื่อมีเหงือกบวม นักเรียนแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันร่วมด้วย	27	2.14	1.19	ปานกลาง
8. เมื่อเนื้อฟันเป็นสีดำ มีรูผุ นักเรียนแปรงฟันบ่อยครั้งและใช้เวลาในการแปรงฟันนานขึ้นเพื่อให้เศษอาหารหลุดออกจากรูผุของฟัน	27	3.14	.90	สูง
9. เมื่อมีกลิ่นปาก นักเรียนแปรงฟันให้สะอาดเพิ่มขึ้น และแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาไปพบหมอฟัน	32	3.15	.88	สูง
10. เมื่อมีหินปูน (หินน้ำลาย) ที่ฟัน นักเรียนแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาไปพบหมอฟัน เพื่อขูดหินปูน (หินน้ำลาย) ออก และตรวจช่องปาก	37	2.43	1.04	ปานกลาง
โดยรวม	47	2.83	.56	ปานกลาง

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุในระดับปานกลาง (ร้อยละ 89.40) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุโดยรวมในระดับปานกลางเช่นกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่านักเรียนมีพฤติกรรม

การจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุในระดับปานกลางถึง 8 ข้อ (จาก 15 ข้อ) และในระดับต่ำอีก 3 ข้อ แสดงให้เห็นว่านักเรียนส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุที่ไม่ถูกต้อง โดยพบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีหินปูน (หินน้ำลาย) ที่ฟัน (ร้อยละ 78.70) มีอาการปวดฟัน (ร้อยละ 74.50) มีอาการเสียวฟัน และมีกลิ่นปาก (ร้อยละ 68.10 เท่ากัน) และมีเลือดออกตามไรฟัน (ร้อยละ 61.70) ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนส่วนใหญ่

มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคฟันผุที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่องการขัดฟันก่อนแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟันกำจัดเศษอาหารบริเวณซอกฟันหลังแปรงฟัน และการใช้น้ำยาบ้วนปากช่วยในการทำ ความสะอาดช่องปากหลังแปรงฟัน ส่งผลให้นักเรียน มีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุเพียงแคในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของดำรงเกียรติ เกรียงพิชิตชัย (2550) ที่ศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน ประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง พบว่านักเรียนมีความรู้ด้านทันตสุขภาพในระดับปานกลาง และระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของลียาภา พนังแก้ว วุชรสินธุ์, เขียวภา ดิอัสสุวรรณ, และสุรเดช ประดิษฐาทุกา (2557) ที่ศึกษาปัจจัยระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอหนึ่ง พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ มีความรู้ที่ถูกต้องด้านทันตสุขภาพในระดับต่ำ ทั้งนี้ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในการป้องกันโรคฟันผุนั้นมีหลายพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (อรพินท์ ภาควุมิ และกันยารัตน์ สมบัติธีระ, 2554; ลียาภา พนังแก้ว วุชรสินธุ์ และคณะ, 2557) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ (Creer & Holroyd, 1997 อ้างถึงในชดช้อย วัฒนะ, 2558) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว ถือว่ามีความสำคัญในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคฟันผุเมื่อเด็กเติบโตขึ้น

ผลการวิจัยพบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.60) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการ ตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุโดยรวมในระดับปานกลาง เช่นกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่านักเรียนมีพฤติกรรม การจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุในระดับปานกลาง 6 ข้อ (จาก 10 ข้อ) แสดงให้เห็นว่านักเรียนส่วนใหญ่ ยังคงมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการแก้ไขโรคฟันผุ

ที่ไม่ถูกต้องเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในการแก้ไขโรคฟันผุที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องการใช้ไหมขัดฟันร่วมกับการแปรงฟัน เมื่อมี เหงือกบวม การแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาไปพบทันตแพทย์ เมื่อพบว่าตนเองมีหินปูน (หินน้ำลาย) ที่ฟัน และการหยุด รับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวเมื่อมีอาการเสียวฟัน ส่งผลให้นักเรียนมีการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ในการแก้ไขโรคฟันผุเพียงแคในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัย ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดำรงเกียรติ เกรียงพิชิตชัย (2550) ที่พบว่านักเรียนมีความรู้ด้านทันตสุขภาพในระดับ ปานกลางและระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลียาภา พนังแก้ว วุชรสินธุ์ และคณะ (2557) ที่พบว่านักเรียน ส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องด้านทันตสุขภาพในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกัน และการแก้ไขโรคฟันผุของเด็กวัยประถมศึกษา จะเป็นปัจจัย สำคัญอันมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกัน และการแก้ไขโรคฟันผุแล้ว การสนับสนุนทางสังคมทั้งจาก ครูและผู้ปกครอง ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความจำเป็น ในการส่งเสริมให้เด็กมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีการควบคุมตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากไปในทางที่ดีขึ้น (ณรงค์ศักดิ์ บุญเฉลียว, 2559) อีกทั้งการบ่มเพาะนิสัย การดูแลความสะอาดฟันด้วยตนเองที่ดี ก็จะทำให้เด็ก เกิดค่านิยมและมีทัศนคติทางบวกด้านทันตสุขภาพ ในเวลาต่อมา (ลียาภา พนังแก้ว วุชรสินธุ์ และคณะ, 2557)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการแก้ไขโรคฟันผุ ในเด็กวัยประถมศึกษา เช่น ผู้บริหารโรงเรียน บุคลากร ทางทันตสุขภาพ ควรนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการให้ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการแก้ไขโรคฟันผุในประเด็น ที่ยังเป็นปัญหา เช่น การใช้ไหมขัดฟัน รวมทั้งควรให้ครูและ ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการสนับสนุน และมีการกระตุ้น เตือนการจัดการตนเองในการป้องกันและแก้ไขโรคฟันผุ

เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขโรคฟันผุในเด็กวัยประถมศึกษาได้ผลดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กวัยประถมศึกษา เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้ทางทันตสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจทางทันตสุขภาพ แรงสนับสนุนจากครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26 (เพิ่มเติม 1), 117-127.

ณรงศักดิ์ บุญเฉลียว. (2559). ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(เพิ่มเติม 1), 17-27.

ดำรงเกียรติ เกรียงพิจิตรชัย. (2550). ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารทันตภิบาล*, 19(3), 13-24.

ลักขณา อัยจิรากุล. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จังหวัดสระแก้ว. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี*, 5(2), 2-14.

วิลาวัลย์ วีระอาชากุล, และวิบูลย์ วีระอาชากุล. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเด็กอายุ 6-30 เดือน ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 23(2), 165-171.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2551-2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพฟัน.

สิยาภา พันธ์แก้ว วชิรสินธุ์, เยาวภา ดิษฐ์สุวรรณ, และสุรเดช ประดิษฐ์บุทา. (2557). ปัจจัยระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4*. หน้า 1-17. วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2557 ณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

อรพินท์ ภาควงมณี, และกันยารัตน์ สมบัติธีระ. (2554). การสำรวจสภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น*, 2, 37-48.

American Academy of Pediatric Dentistry. (1999). Oral health policies. *Pediatric Dentistry*, 21, 18-37.

Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press.

Febres, C., Echeverri, E. A., & Keene, H. J. (1997). Parental awareness, habit, and social factors and their relationship to baby bottle tooth decay. *Pediatric Dentistry*, 19(1), 22-27.

- Glomb, N., & West, R. P. (1990). Teaching behaviorally disordered adolescents to use self-management skills for improving the completeness, accuracy, and neatness of creative writing homework assignments. *Behavioral Disorders*, 15(4), 233-242.
- Locker, D. (2007). Disparities in oral health related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(5), 348-356.
- Ward, W. C. (2006). *Teaching children to self-manage their behavior*. Retrieved May 12, 2017, from https://www.superduperinc.com/handouts/pdf/113_SelfManagingBehavior.pdf
-

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน:

กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี

Model Developing of Mother's Self-management Regarding

Exclusive Breastfeeding for 6 Months: A Case Study at

Bo Sub-district, Khlung District, Chanthaburi Province

อารีรัตน์ วิเชียรประภา, พย.ม. (การพยาบาลมารดาและการรกแรกเกิด) *

Areerat Wichainprapha, M.N.S. (Maternal and Newborn Nursing) *

ชนิดฐา เมกมอล, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) **

Kanitta Mekkamol, M.N.S. (Family Nursing) **

เกษณี พรหมอินทร์, พย.บ. ****

Kesanee Porm-in, B.N.S. ****

กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, พย.บ. ***

Kannikar Saetang, B.N.S. ***

สมลักษณ์ ศรีวิญญู, พย.บ. ****

Somluk Srivirun, B.N.S. ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดในตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี จำนวน 13 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีค่าความเชื่อมั่น .72 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษารูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ที่มีอยู่ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบ 4) ปรับปรุงรูปแบบ และ 5) ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบจากการวิจัยเป็นความร่วมมือระหว่างทีมวิจัย มารดาหลังคลอด และครอบครัว โดยทีมวิจัยทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย 1) ร่วมตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) ทบทวนเป้าหมาย 3) ติดตามเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำตามความต้องการของมารดาหลังคลอดและครอบครัว 4) ติดตาม ประเมินปัญหา อุปสรรค และกระตุ้นเตือน 5) สร้างช่องทางการขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา 6) จัดพี่เลี้ยงนมแม่ 7) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 8) สร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และมารดาหลังคลอดมีการจัดการตนเองโดย 1) ตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) ลงมือปฏิบัติ 3) แสวงหา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี

ข้อมูล 4) ประเมินปัญหา และขอคำแนะนำจากพยาบาล 5) หาแนวทางแก้ไขเมื่อพบอุปสรรค 6) ปรับเปลี่ยนวิธีการเมื่อยังแก้ปัญหาไม่สำเร็จ และ 7) มุ่งมั่นตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยตามเป้าหมาย ส่วนครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุน ช่วยเหลือ ด้านประสิทธิภาพของรูปแบบ พบว่ามารดาหลังคลอดมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ร้อยละ 62 และมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อรูปแบบโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, $SD = .26$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบไปใช้ในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเพิ่มการกระตุ้น ติดตาม เพื่อช่วยเหลือ แก้ปัญหาและอุปสรรค เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยอย่างน้อย 6 เดือน

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน รูปแบบการจัดการตนเอง มารดาหลังคลอด

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate the effectiveness of the mother's self-management model regarding exclusive breastfeeding for six months. The participants were 13 postpartum mothers at Bo Sub-district, Khlung District, Chanthaburi Province. The research instrument was the interview guide of mothers' perception regarding exclusive breastfeeding for 6 months with the reliability of .72. The research process consisted of five steps including: 1) the exploration of the existing model regarding exclusive breastfeeding for 6 months; 2) the development temporary model of sustaining exclusive breastfeeding for 6 months; 3) the trying and evaluating the developed model; 4) the model adjustment; and 5) the evaluation of final model. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results revealed that the model in this research was a collaborative among research team, postpartum mothers and family. The research team supported the postpartum mothers and family self-management including: 1) collaborative goal setting; 2) goals reviewing; 3) home visiting and giving advise following the need of postpartum mothers and family; 4) monitoring and evaluating the problems and giving incentives; 5) creating the helping channel when they experienced problems; 6) the providing the preceptors who have successful experiences; 7) encouraging family participation; 8) supporting the breastfeeding group. The postpartum mothers' self-management consisted of: 1) goal setting of exclusive breastfeeding; 2) going on breastfeeding; 3) seeking information; 4) evaluating the problems and consulting the nurses; 5) searching for the best solutions when encountering obstacles; 6) changing the methods when the problem is still not resolved; and 7) intention for successful exclusive breastfeeding. The family roles were supporting and helping postpartum mother in breastfeeding. Results showed the successful sustaining breastfeeding for 6 months at 62% and the perceptions of self-management regarding exclusive breastfeeding for 6 months were at good level ($\bar{X} = 4.01$,

SD = .26).

This research suggested that the relevant personnel should adopt this model in support of breastfeeding at the health promoting hospitals and add the reinforcement methods for helping postpartum mother and family to solve the problems that would increase the successful of sustaining exclusive breastfeeding for 6 months.

Keywords: Exclusive breastfeeding for 6 months, Self-management model, Postpartum mothers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นมแม่นับว่าเป็นอาหารที่ดี มีสารอาหารที่มีประโยชน์ และมีความเหมาะสมสำหรับลูก โดยองค์การอนามัยโลก ได้แนะนำว่าลูกควรได้รับนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิด จนถึง 6 เดือนแรก (exclusive breastfeeding) และ มารดาสามารถให้นมแม่ต่อเนื่องจนลูกอายุครบ 2 ปี หรือ อายุมากกว่านี้ได้ตามความต้องการ ร่วมกับการได้รับ อาหารเสริมตามวัย (WHO, 2010) ซึ่งการที่ลูกได้รับนมแม่ อย่างต่อเนื่องจะส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว ไม่ว่าจะเป็น การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ลดโอกาสการเจ็บป่วย และ ลดโอกาสเป็นโรคมุมิแพ้ เนื่องจากโปรตีนที่ผลิตจากต่อมน้ำนม ของแม่มีโครงสร้างที่เหมาะสม และไม่เป็นสิ่งแปลกปลอม ต่อระบบภูมิคุ้มกัน จึงไม่ก่อให้เกิดการแพ้ นอกจากนี้ ในนมแม่มยังมีสารภูมิคุ้มกันหลายชนิด ซึ่งหากทารกได้รับ นมแม่จะทำให้มีภูมิต้านทานในลำไส้ในปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งช่วยลดการเกิดโรคมุมิแพ้ได้อีกด้วย (ภาวิน พัวพรพงษ์, คมกฤช เอี่ยมจิรกุล, ศิริสุข ชมโท, และอรพร ดำรงวงศ์ศิริ, 2559) และลดโอกาสการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ โดยเฉพาะ จากโรคติดเชื้อทางระบบหายใจ และโรคอุจจาระร่วง (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2010) อีกทั้งนมแม่ยังสามารถช่วยลดความเสี่ยง ต่อภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน และลดโอกาสการเกิด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กได้ (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนา, สุพินดา เรืองจิรัชเชียว, และสุตาภรณ์ พยัคฆเมือง, 2555) นอกจากนมแม่จะมีประโยชน์ ด้านร่างกายแล้ว ยังมีผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา ของเด็กอีกด้วย ซึ่งนมแม่มีความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญา

โดยสามารถเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็กให้สูงขึ้นได้ (Bernardo & Casar, 2013) ช่วยสร้างเสริมความสัมพันธ์ ระหว่างมารดากับลูก และยังมีประโยชน์ต่อมารดาด้วย เช่นกัน ได้แก่ การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ หากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลานาน และลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในมารดาที่เป็น โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนช่วยลดน้ำหนักมารดา ในระยะหลังคลอด ทำให้กลับมามีรูปร่างเหมือนเดิมได้ เร็วขึ้น (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และคณะ, 2555)

ในปัจจุบันมีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยจากสถานการณ์การเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ทั่วโลกพบว่ามีเด็กที่ได้กินนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมง หลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 44 และมีอัตราการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน ร้อยละ 40 (Global breastfeeding scorecard, 2017) องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน ไว้ที่ร้อยละ 50 ภายในปี ค.ศ. 2025 (WHO, 2017) สำหรับประเทศไทย มีการรณรงค์ให้ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง แต่จากผลการสำรวจ สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้รับบริการใน สถานพยาบาลของรัฐ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดา จำนวน 844 คน พบว่าทารกร้อยละ 32.80 ถูกเลี้ยงด้วยนมแม่ อย่างเดียวจนถึง 6 เดือน และมีทารกร้อยละ 10.30 ถูกเลี้ยงด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวมากกว่า 6 เดือน นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วงเดือน ที่ 4 จะมีอัตราการลดลงจากเดือนที่ 3 ค่อนข้างมาก (นิสาชล

เศรษฐไกรกุล และคณะ, 2559) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง เนื่องจากการที่มารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ร่วมกับอาจมีความตั้งใจไม่เพียงพอ หรืออาจมีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ปฐมพร โพธิ์ถาวร, อ่ำไพลอร์ เพ็ญสุวรรณ, และนิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2556)

จังหวัดจันทบุรี เป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่สนับสนุนส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยมีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน และพบว่ามีบางชุมชนที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จตามเป้าหมาย สำหรับชุมชนตำบลบ่อ อำเภอยาง จังหวัดจันทบุรี พบว่ามีการดื่มนมที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยได้สูงสุด 2 ปี 6 เดือน แต่ยังคงมีมารดาที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เลยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน โดยการวิจัยและพัฒนาทั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 2 ในขั้นตอนการพัฒนาแบบและประเมินผล กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอยาง จังหวัดจันทบุรี โดยต่อเนื่องจากระยะที่ 1 ซึ่งผลการศึกษาเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 พบว่ารูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 2) การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) การประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4) การตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5) วิธีดำเนินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 6) การติดตามผลลัพธ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมารดาหลังคลอดต้องการให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารบำรุงน้ำนม และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงขณะให้นมลูก วิธีการปฏิบัติตัวให้น้ำนมมาดี การปฏิบัติตนเมื่อมีน้ำนมมาก ข้อดี-ข้อเสียของการดูนมไม่เลี้ยงเต้า วิธีการเรียกน้ำนมกลับคืน ข้อเสียของ

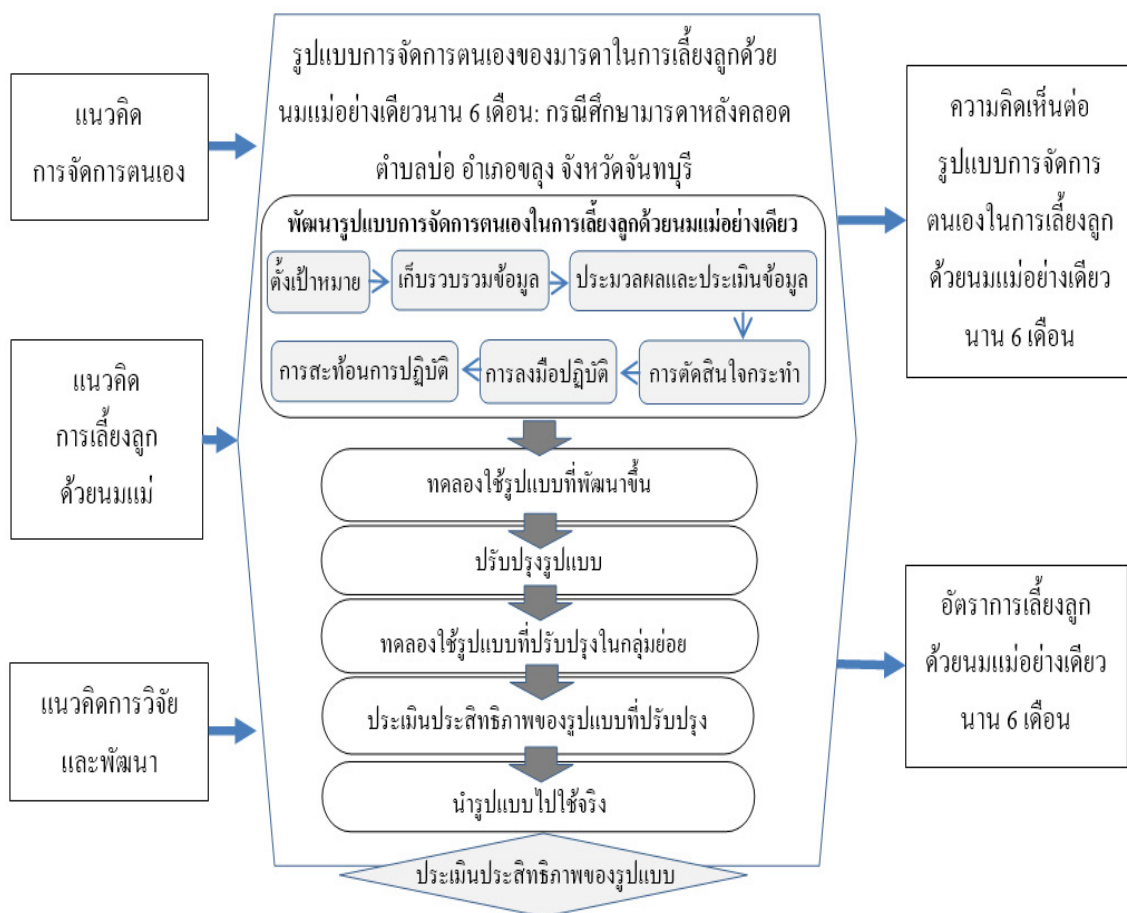
การให้ลูกดูดจุกนม การสังเกตว่าลูกได้รับน้ำนมเพียงพอ และการส่งเสริมพัฒนาการทารกในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังคลอด (อารีรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, และสมลักษณ์ ศรีวิทย์, 2560) โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ โดยแก้ปัญหา อุปสรรค เพื่อเพิ่มอัตราการใช้ลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนาน 6 เดือน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอยาง จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอยาง จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบที่ช่วยสร้างความเชื่อมั่นแก่มารดาหลังคลอดว่าสามารถจัดการตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ได้ประสบความสำเร็จโดยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง แก้ปัญหา อุปสรรคและส่งเสริมทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยฝึกการตั้งเป้าหมายของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ ประมวลผล ประกอบการตัดสินใจลงมือปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมทั้งให้ลงมือปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเอง และประเมินผลลัพธ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีการปรับเปลี่ยนวิธีการเมื่อพบปัญหา อุปสรรคเพื่อให้สามารถคงพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนประสบความสำเร็จ โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 04)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาหลังคลอดในตำบลบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดจันทบุรี ในระยะ 6 เดือนหลังคลอด จำนวน 13 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) สามารถพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ 2) ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 13 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในระยะที่ 1 (ศึกษารูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดจันทบุรี) ทั้งนี้

แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการตนเองฯ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว ลำดับของบุตรคนปัจจุบัน ระยะเวลาหลังคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย คือ 1) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน) และ 2) เป็นความคิดเห็นเพิ่มเติมต่อรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำสำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำรูปแบบการจัดการตนเองฯ และแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการตนเองฯ ส่วนที่มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลมารดา ทารกแรกเกิด และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 2 คน และด้านแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองจำนวน 1 คน รวมจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดในตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .72

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนของมารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี ปัญหาและอุปสรรค เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบ (R1)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน (D1) โดยนำข้อค้นพบในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดรูปแบบชั่วคราว

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน (R2) ที่พัฒนาขึ้น กับมารดาหลังคลอดในตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2559 และสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อรูปแบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน (D2) และทดลองใช้รูปแบบที่ปรับปรุงใหม่ เป็นเวลา 1 เดือนระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2559

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน (R3) ในเรื่องอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการตนเองฯ โดยดำเนินการดังนี้

5.1 นำรูปแบบการจัดการตนเองฯ ที่ปรับปรุงแล้ว ไปใช้กับมารดาที่อยู่ในระยะ 6 เดือนหลังคลอด จำนวน 13 คน ในช่วงเดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือนกรกฎาคม 2560

5.2 ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ในเรื่องอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการตนเองฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลความคิดเห็นต่อรูปแบบ

การจัดการตนเองฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 84 มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 61 มีสถานภาพสมรสคู่ (อยู่ด้วยกัน) คิดเป็นร้อยละ 69 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 46 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 85 รายได้ของครอบครัวพอใช้ ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 54 ลำดับของบุตรคนปัจจุบันส่วนใหญ่คือ ลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 61 ระยะเวลาหลังคลอด ทุกคนอยู่ในระยะ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 100

2. รูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอดตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

2.1 รูปแบบชั่วคราวที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1) มารดาหลังคลอดและครอบครัวตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และลงมือปฏิบัติ 2) ทีมวิจัย (รวมถึงพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม.) ทบทวนการตั้งเป้าหมายของมารดาหลังคลอดและครอบครัวในการติดตามเยี่ยมบ้าน 3) ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องและให้คำแนะนำตามความต้องการแก่มารดาหลังคลอดและครอบครัว 4) กระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกครั้งเมื่อมารดาหลังคลอดพบบุตรมารับวัคซีน 5) ให้ช่องทางติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ไลน์และเบอร์โทรศัพท์ของพยาบาล) 6) สร้างกลุ่มไลน์มารดาหลังคลอดร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสอบถามปัญหา แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 7) ทีมวิจัยส่งข้อความข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอดเป็นระยะ 8) สร้างแรงบันดาลใจ โดยให้ผู้ที่ประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จมาเล่า

ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอด 9) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเข้ารับฟังคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 10) สร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (breastfeeding group)

ผลการทดลองใช้รูปแบบชั่วคราวที่พัฒนาขึ้น พบว่ามารดาหลังคลอดทั้ง 5 คน สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ตลอดระยะเวลาที่ตั้งเป้าหมายไว้ โดยประเมินกิจกรรมการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของทีมวิจัยว่าการส่งข้อความ (SMS) ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สำคัญให้กับมารดาหลังคลอดไม่มีความจำเป็น เนื่องจากมีช่องทางสื่อสารทางไลน์อยู่แล้ว โดยไลน์เป็นช่องทางการสื่อสารที่สามารถโต้ตอบกันได้โดยทันทีหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเป็นการสื่อสารสองทาง ส่วนการสื่อสารโดยการส่งข้อความ (SMS) เป็นการสื่อสารทางเดียวและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ทีมวิจัยจึงยกเลิกการส่งข้อความเกี่ยวกับข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอด และปรับปรุงรูปแบบใหม่ จากนั้นทดลองใช้อีก 1 เดือน ผลเป็นที่พอใจ จึงนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

2.2 รูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ที่พัฒนาขึ้นและทดสอบจนได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย เป็นรูปแบบที่เป็นความร่วมมือของทีมวิจัย พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มารดาหลังคลอด และครอบครัว โดยทีมวิจัยทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอดและครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ร่วมตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) ทบทวนเป้าหมาย 3) ติดตามเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำตามความต้องการของมารดาหลังคลอดและครอบครัว 4) ติดตาม ประเมินปัญหา อุปสรรค และกระตุ้นเตือน 5) สร้างช่องทางการขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา 6) จัดพี่เลี้ยงนมแม่ 7) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 8) สร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนมารดาหลังคลอดมีการจัดการตนเองโดย 1) ตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) ลงมือปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 3) แสวงหาข้อมูล 4) ประเมินปัญหาในการเลี้ยง

ลูกด้วยนมแม่ และขอคำแนะนำจากพยาบาล 5) หาแนวทางแก้ไขเมื่อพบอุปสรรค 6) เปลี่ยนวิธีการเมื่อยังแก้ปัญหาไม่สำเร็จ เช่น หาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และ 7) มุ่งมั่นตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตามเป้าหมาย ส่วนครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุน ช่วยเหลือ เช่น ช่วยทำงานบ้าน เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มที่ ช่วยหา

อาหารบำรุงนม รับฟังคำแนะนำ และช่วยเหลือแก้ปัญหา เพื่อให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยรูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ แสดงได้ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน

3.1 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด พบว่ามารดาหลังคลอดมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, $SD = .26$) โดยกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดและครอบครัว และการให้ผู้ที่มิประสบการณในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ เช่น ยาย อสม. คอยให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

แก่มารดาหลังคลอด โดยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.23$, $SD = .43$ เท่ากัน) สำหรับกิจกรรมการติดตามเยี่ยมในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังคลอด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .57$) กิจกรรมการเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสาร และการให้คำแนะนำการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$, $SD = .64$ และ $\bar{X} = 3.92$, $SD = .27$ ตามลำดับ) ส่วนกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$, $SD = .55$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด จำแนกตามระดับความคิดเห็น (n = 13)

ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดและครอบครัว		
เห็นด้วยมาก	10	77.00
เห็นด้วยมากที่สุด	3	23.00
$\bar{X} = 4.23$, $SD = .43$		
การทบทวนการตั้งเป้าหมายของมารดาหลังคลอดและครอบครัว		
เห็นด้วยมาก	12	92.30
เห็นด้วยมากที่สุด	1	7.70
$\bar{X} = 4.08$, $SD = .27$		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำตามความต้องการแก่มารดาหลังคลอดและครอบครัว		
การติดตามเยี่ยมในระยะ 1 เดือนหลังคลอด		
เห็นด้วยปานกลาง	2	5.40
เห็นด้วยมาก	9	69.20
เห็นด้วยมากที่สุด	2	15.40
$\bar{X} = 4.00$, $SD = .57$		
การติดตามเยี่ยมในระยะ 3 เดือนหลังคลอด		
เห็นด้วยปานกลาง	2	15.40
เห็นด้วยมาก	9	69.20
เห็นด้วยมากที่สุด	2	15.40
$\bar{X} = 4.00$, $SD = .57$		

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน
ของมารดาหลังคลอด จำแนกตามระดับความคิดเห็น (n = 13) (ต่อ)

ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การติดตามเยี่ยมในระยะ 6 เดือนหลังคลอด		
เห็นด้วยปานกลาง	2	15.40
เห็นด้วยมาก	9	69.20
เห็นด้วยมากที่สุด	2	15.40
$\bar{X} = 4.00, SD = .57$		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำและกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทุกครั้งเมื่อมารดาหลังคลอดพามาพบมารับไปฉีดวัคซีน		
เห็นด้วยปานกลาง	1	7.70
เห็นด้วยมาก	12	92.30
$\bar{X} = 3.92, SD = .27$		
การให้ไลน์และเบอร์โทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำหรับ การขอคำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอด		
เห็นด้วยปานกลาง	3	23.10
เห็นด้วยมาก	8	61.50
เห็นด้วยมากที่สุด	2	15.40
$\bar{X} = 3.92, SD = .64$		
การสร้างกลุ่มไลน์มารดาหลังคลอดร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสอบถาม ปัญหา แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		
เห็นด้วยปานกลาง	3	23.10
เห็นด้วยมาก	8	61.50
เห็นด้วยมากที่สุด	2	15.40
$\bar{X} = 3.92, SD = .64$		
การให้ผู้ที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ เช่น ยาย อสม. คอยให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอด		
เห็นด้วยมาก	10	76.90
เห็นด้วยมากที่สุด	3	23.10
$\bar{X} = 4.23, SD = .43$		

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน
ของมารดาหลังคลอด จำแนกตามระดับความคิดเห็น (n = 13) (ต่อ)

ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับฟังการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		
เห็นด้วยปานกลาง	1	7.70
เห็นด้วยมาก	11	84.60
เห็นด้วยมากที่สุด	1	7.70
$\bar{X} = 4.00, SD = .40$		
การสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ		
เห็นด้วยปานกลาง	3	23.10
เห็นด้วยมาก	9	69.20
เห็นด้วยมากที่สุด	1	7.70
$\bar{X} = 3.85, SD = .55$		
โดยรวม $\bar{X} = 4.01, SD = .26$		

3.2 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน พบว่าเมื่อสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน มีจำนวนทั้งสิ้น 8 คน คิดเป็นร้อยละ 62

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลา 1 เดือนหลังคลอดจำนวน 4 คน และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลา 4 เดือนหลังคลอดจำนวน 1 คน ซึ่งมีอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. ขาดการสนับสนุนด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวหย่าร้าง แยกกันอยู่กับครอบครัว
2. ประกอบอาชีพนอกบ้าน ร่วมกับน้า นมที่บีบเก็บไว้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของลูก จึงเปลี่ยนมาเลี้ยงลูกด้วยนมผสมร่วมกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเมื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ต่อเนื่อง ขาดการดูดกระตุ้นจากลูก จึงส่งผลให้น้ำนมมารดาลดน้อยลง มารดาจึงหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. มารดาและบุคคลในครอบครัวขาดความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อน้ำนมไม่เพียงพอ จึงเปลี่ยนมาเลี้ยงลูกด้วยนมผสม

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นความร่วมมือของทีมนักวิจัย พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มารดาหลังคลอด และครอบครัว โดยทีมนักวิจัยรวมถึงพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอดและครอบครัว ได้แก่ ร่วมตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทบทวนเป้าหมาย ติดตามเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำตามความต้องการ

ของมารดาหลังคลอดและครอบครัว ติดตาม ประเมินปัญหา อุปสรรค และกระตุ้นเตือน สร้างช่องทางการขอความช่วยเหลือ เมื่อประสบปัญหา จัดหาพี่เลี้ยงนมแม่ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้คำแนะนำเมื่อมารดาหลังคลอดประสบปัญหา ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมรับฟังความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวทางแก้ปัญหา รวมทั้งให้กำลังใจแก่มารดาหลังคลอด ซึ่งวิธีการดังกล่าวก่อให้เกิดความสำเร็จในการส่งเสริมการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังที่ Creer (2000) ได้กล่าวว่าการจัดการตนเองต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นพลวัตรในการช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวพฤติกรรมให้เหมาะสม โดยบุคคลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเอง และมีทักษะในการปฏิบัติเพื่อควบคุม แก้ปัญหานั้นๆ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่าจากการสนับสนุน ช่วยเหลือในการจัดการตนเองดังกล่าวข้างต้น ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถประเมินตนเอง รวมทั้งตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติในการแก้ปัญหา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ซึ่งกิจกรรมการจัดการตนเองที่มารดาหลังคลอดกระทำเพื่อนำไปสู่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ประกอบด้วยการที่มารดาหลังคลอดมีการจัดการตนเองโดยตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และได้ลงมือปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อใช้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และขอคำแนะนำจากพยาบาล รวมทั้งหาแนวทางแก้ไขเมื่อพบอุปสรรค และมีการปรับเปลี่ยนวิธีการเมื่อยังแก้ปัญหาไม่สำเร็จ เช่น หาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต รวมถึงแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาที่ดีกว่าเดิม รวมทั้งมุ่งมั่นตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวดำเนินเป้าหมาย โดยครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนช่วยเหลือในการแก้ปัญหา เพื่อให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้สำเร็จ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร ยนต์ตระกูล, สุวิมล พุทธบุตร, รัตติยา ทองสมบูรณ์,

อุมารณ ก้วสิทธิ์, และศุภวดี แถวเพีย (2556) ที่พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการบูรณาการแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีกิจกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการจัดกลุ่มเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะทุกสัปดาห์ในระยะแรก (2 ครั้ง) และทุก 2 เดือนจนครบ 6 เดือนหลังคลอด และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ เงินทอง, กรรณิการ์ กันธะรักษา, และนงลักษณ์ เฉลิมสุข (2558) ที่พบว่ารูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยการเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีผลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพัชนียา เชียงตา, จิว เบาทรวง, และกรรณิการ์ กันธะรักษา (2557) ที่พบว่าการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในช่วง 1 และ 4 สัปดาห์หลังคลอด เป็นการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว โดยการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นว่าการมีช่องทางในการติดต่อสื่อสารที่หลากหลาย และมีการติดตามต่อเนื่อง มีผลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าทำให้ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นผู้ที่ได้รับการส่งเสริมมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรับฟังความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/แชร์ประสบการณ์ในวันที่พานุกรมมารับวัคซีน จัดเป็นการสร้างแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชนียา เชียงตา และคณะ (2557) ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ได้แก่ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ด้านอารมณ์ด้วยการสนับสนุน ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ และการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแล สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จมากขึ้น การสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้เป็นการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดเกิดความผ่อนคลาย สุขสบายมากขึ้น ทำให้มีความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก และการเสริมแรงจากผู้ที่มิประสบการณ์

ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดารู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติ และนำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงสูงด้วยนมแม่

ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีจำนวนทั้งสิ้น 8 ใน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 62 เพราะมีวิธีการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบผสมผสาน ได้แก่ การตั้งเป้าหมายและทบทวนเป้าหมายทุกครั้งเมื่อไปติดตามเยี่ยมหลังคลอด ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้มารดาปฏิบัติให้บรรลุถึงเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการติดตามเยี่ยมบ้านในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน และมีการให้คำแนะนำตามที่มารดาหลังคลอดต้องการ รวมทั้งติดตาม ประเมินปัญหาทั้งมารดาและทารกเมื่อพบบุตรมารับวัคซีน รวมทั้งมีช่องทางสื่อสารที่สามารถสื่อสารได้สองทาง ทำให้เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาสามารถแก้ปัญหาได้ทันเวลาที่ และมีกลุ่มสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และผู้มีประสบการณ์ในชุมชนคอยให้การสนับสนุนสำคัญด้านข้อมูล และด้านจิตใจ อารมณ์ จึงทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของเปรมฤดี ศรีวิชัย และพรนภา สุริยะไชย (2558) พบว่าความรู้ ทักษะคิดต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การมีบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพช่วยเหลือและสนับสนุนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นปัจจัยที่ทำให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสำเร็จ นอกจากนี้ การบูรณาการแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเครือข่ายยังเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสุนทร ยนต์ตระกูล และคณะ (2556) ได้ใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วน การประกาศนโยบายสาธารณะ การกำหนดพันธะสัญญาด้านนมแม่ในชุมชน การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนจากองค์กรบริหารส่วนตำบล การสนับสนุนงบประมาณ การเอื้ออำนวยจากเครือข่ายทุกภาคส่วน ทำให้ชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคามมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สูงขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จได้นั้น ไม่ได้

มาจากวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ต้องใช้หลายวิธีการผสมผสานร่วมกัน จึงจะทำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ สำหรับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดต่อรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, $SD = .26$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ารูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน เป็นรูปแบบที่ตรงกับความต้องการและเหมาะสมกับมารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี เนื่องจากการสอบถามความต้องการช่วยเหลือ สนับสนุนจากมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ และนำมาเป็นรูปแบบในขั้นต้น และปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ได้รูปแบบที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของมารดาหลังคลอด ซึ่งมีผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้พบว่ายังมีผู้ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานไม่ถึง 6 เดือน อีกจำนวน 5 คน อันเนื่องมาจากปัญหาการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว การขาดความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และความจำกัดในการประกอบอาชีพ ซึ่งยังต้องการแนวทางในการสร้างความเชื่อมั่นและสนับสนุนช่วยเหลือ แก้ปัญหาให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำรูปแบบการจัดการตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ไปใช้ในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเพิ่มการกระตุ้น ติดตาม และช่วยเหลือแก้ปัญหา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ประสบความสำเร็จ

2.2 ควรศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น โดยเพิ่มการกระตุ้น ติดตาม เพื่อช่วยแก้ปัญหา อุปสรรค และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบด้านความสำเร็จ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน

2.3 ควรมีการผลิตนวัตกรรมส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การใช้แอปพลิเคชัน และทำวิจัย เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนา, สุพินดา เรื่องจริยेश्वर, และสุดากรณ์ พัยคมเรือง. (บ.ก.). (2555). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- นิตาสล เสรษฐไกรกุล, และคณะ. (2559). สถานการณ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้รับบริการในสถาน พยาบาลรัฐ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(4), 657-663.
- ปฐมพร โพธิ์ถาวร, อำไพพร เพ็ญสุวรรณ, และนิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2556). การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตเทศบาลนครสงขลา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 45-52.
- เปรมฤดี ศรีวิชัย, และพรนภา สุริยะไชย. (2558). ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวย ในมารดาวัยรุ่น 6 เดือนแรกหลังคลอด ที่โรงพยาบาล พะเยา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 17-24.
- พัชนียา เชียงตา, ฉวี เบาทรง, และกรรณิการ์ กันทะรักษา. (2557). ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อ ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวย ของมารดาครรภ์แรก. *พยาบาลสาร*, 41(3), 1-12.
- พัชรินทร์ เงินทอง, กรรณิการ์ กันทะรักษา, และนงลักษณ์ เฉลิมสุข. (2558). การให้ความรู้ต่อการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่น: การทบทวนอย่างเป็น ระบบ. *พยาบาลสาร*, 42(พิเศษ), 57-68.

ภาวิน พัวพรพงษ์, คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล, ศิรินุช ชมโท, และอรพร ดำรงวงศ์ศิริ. (2559). *เวชปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

สุนทร ยนต์ตระกูล, สุวิมล พุทธบุตร, รัตติยา ทองสมบูรณ์, อุมารณ์ กั้วสิทธิ์, และศุภวดี แถวเพ็ญ. (2556). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการบูรณาการแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเครือข่าย โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 988-996.

อารีรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, และสมลักษณ์ ศรีวิชัย. (2560). รูปแบบการจัดการตนเองของมารดา ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยานาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำลูก จังหัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(2), 29-41.

Bernardo, L. H., & Casar, G. V. (2013). *Long-term effects of breastfeeding: A systematic review*. Retrieved April 1, 2018, from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79198/9789241505307_eng.pdf;jsessionid=E00C170182FB8F6DCC3D4D2AC289DAA4?sequence=1.

Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Pintrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *William obstetrics* (23th ed.). New York: McGraw-Hill.

Global breastfeeding scorecard. (2017). *Tracking progress for breastfeeding policies and programmes*. Retrieved April 1, 2018, from <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017.pdf>.

World Health Organization. (2010). *Breastfeeding key to saving children's lives: Ten steps to successful breastfeeding highlighted during world breastfeeding week*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2017). *Infant and young child feeding: Fact sheet updated July 2017*. Retrieved August 1, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/http://www.who.int/%20mediacentre/%20factsheets/fs342/en/>

การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย Self-management Support for Preventing Low Birth Weight Infants

ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์, ค.ม. (วิจัยการศึกษา) *

Tipawan Limprapaipong, M.Ed. (Educational Research) *

ปัญหาทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิดหรือแรกคลอด และระยะขบปีแรกของชีวิต รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะทุพโภชนาการ และการมีพัฒนาการล่าช้าในทุกด้านมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดปกติ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบอีกหลายประการ โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก เนื่องจากทารกต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน อีกทั้งผลกระทบด้านเศรษฐกิจเนื่องจากครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายระหว่างการดูแลรักษา และต้องใช้งบประมาณของประเทศเพิ่มขึ้น ดังนั้น การป้องกันการทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายการคลอดทารกน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 7 ต่อปี แต่สถิติภาพรวมของปี พ.ศ. 2558 อยู่ที่ร้อยละ 10.60 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากกลุ่มภารกิจด้านข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2554-2557 มารดามีอัตราการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ร้อยละ 10.28, 10.23, 10.68 และ 10.44 ตามลำดับ (ธราธิป โกละทัต และ จันทิมา จรัสทอง, 2559) โดยสาเหตุหลักของการคลอดทารกน้ำหนักน้อยคือ การคลอดก่อนกำหนด และการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในปริมาณที่เพียงพอ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

ที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดหรือเป็นเหตุให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เช่น การทำงานหนัก การพักผ่อนน้อย การมีภาวะเครียด ภาวะช็อค การติดเชื้อ การใช้ยาหรือสารเสพติด โดยต้องเฝ้าระวังน้ำหนักตัวให้เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์และสัมพันธ์กับอายุครรภ์ มาฝากครรภ์ให้ครบตามมาตรฐาน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินสุขภาพอนามัยของตนเองและทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการรับประทานยาบำรุงเลือดเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางเป็นต้น ทั้งนี้ต้องอาศัยความใส่ใจในการจัดการตนเองที่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์ โดยทำให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในความสำคัญและอันตรายของการคลอดทารกน้ำหนักน้อย และสามารถปฏิบัติตนในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ของวรัญญา ชลธารกัมปนาท, ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์, และชนพร ศนิบุตร (2555) พบว่ามีการรับรู้เพียง 2 ด้าน ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่งมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งแสดงว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ การส่งเสริมการจัดการตนเองแก่หญิงตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ความสำคัญ โดยควรเน้นให้เห็นถึงผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด และให้แนวทางการแก้ไขปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รวมถึงส่งเสริมการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งจะนำไปสู่การคลอดทารกที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์

บทความนี้เป็นการนำเสนอปัญหาและผลกระทบของทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ปัจจัยเสี่ยง เป้าหมายของการตั้งครรภ์และการคลอดคุณภาพ รวมถึงแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งผู้สนใจ สำหรับนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดการคลอดอย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีนำไปสู่พัฒนาการที่เหมาะสมของทารกแรกคลอดต่อไป

คำจำกัดความ ปัญหา และผลกระทบของทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย

ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งอาจคลอดก่อนกำหนดหรือคลอดครบกำหนด (World Health Organization: WHO, 2004) โดยทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยจะมีสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้น ทั้งในระยะคลอดและระยะหลังคลอด เช่น การสำลักน้ำคร่ำ ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome) รวมถึงมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคปอดเรื้อรัง ทำให้ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในระยะปริกำเนิด และขวบปีแรก ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาที่ไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามวัย โดยเฉพาะในรายที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม (Mathewson, Schmidt, & Van

Lieshout, 2017) ซึ่งส่งผลกระทบยาวต่อครอบครัวและคุณภาพของคนในประเทศ

ปัจจัยเสี่ยงในการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยมักมีความเสี่ยงในด้านลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทั้งในช่วงก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ โดยความเสี่ยงด้านลักษณะส่วนบุคคลมีดังนี้

1. อายุ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โดยมารดาที่มีอายุ 15-19 ปี มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักน้อยเป็น 2.60 เท่า ของมารดาที่มีอายุ 20-34 ปี และมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักน้อยเป็น 1.38 เท่า ของมารดาที่มีอายุ 20-34 ปี (นงลักษณ์ ทองโต, 2552)

2. ดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า BMI ก่อนตั้งครรภ์ที่น้อยกว่า 23 กก./ม.2 ส่งผลต่อการเกิดภาวะน้ำหนักน้อย (Utako et al., 2017) ซึ่งในบางงานวิจัยเสนอค่า BMI ที่แตกต่างกันออกไป เช่น BMI ก่อนตั้งครรภ์ที่น้อยกว่า 18.50 กก./ม.2 โดยให้ความสำคัญทั้งในช่วงก่อนตั้งครรภ์ และก่อนคลอด เพราะพบว่าทำให้อัตราการคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น (Gennette, Varlamov, & Eason, 2017)

3. ประวัติการคลอดทารกน้ำหนักน้อยน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่ามารดาจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยมากกว่าปกติ 2.53 เท่า (Vahdaninia, Tavafian, & Montazeri, 2008)

4. การออกกำลังกายระหว่างตั้งครรภ์จากการศึกษาของ Sigalla et al. (2017) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับความรุนแรงด้านจิตใจ ร้อยละ 22.30 ด้านเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 15.40 และด้านร่างกาย ร้อยละ 6.30 โดยความรุนแรงระหว่างตั้งครรภ์จะเกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด 2.90 เท่า และเกี่ยวข้องกับการคลอดทารกน้ำหนักน้อย 3.20 เท่า

สำหรับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่

ไม่เหมาะสมทั้งในช่วงก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ มีดังนี้

1. ปัญหาทางสุขภาพจิต หากหญิงตั้งครรภ์มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย 1.41 เท่า (Yang et al., 2017)

2. โรคร่วมกับการตั้งครรภ์ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อย (ประคอง ตั้งสกุล, 2554)

3. พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาเสพติด และการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อย (Vahdaninia et al., 2008) โดยเฉพาะมารดาที่ได้รับควันบุหรี่จะมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักน้อยสูงเป็น 1.97 เท่า ของมารดาที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ (นงลักษณ์ ทองโต, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ da Silva Pereira (2017) ที่พบว่ามารดาที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ จะเกี่ยวข้องกับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยมากกว่ามารดาที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า และงานวิจัยของ Vahdaninia et al. (2008) ที่พบว่าหากสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ มีโอกาสเกิดการคลอดทารกน้ำหนักน้อย 4.64 เท่า

4. การมาฝากครรภ์ช้า โดยมารดาที่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักน้อยสูงเป็น 1.73 เท่า ของมารดาที่มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (นงลักษณ์ ทองโต, 2552)

เป้าหมายของการตั้งครรภ์และการคลอดคุณภาพ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้กำหนดเป้าหมายของงานอนามัยแม่และเด็ก โดยเน้นการตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมการเกิดและการเติบโตอย่างมีคุณภาพ ดังนี้

1. เน้นการตั้งครรภ์คุณภาพ โดยการบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยง ให้ผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง พร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐาน รวมทั้งการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การได้รับวิตามิน และการบริการตามสิทธิประโยชน์ โดยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 4-5 ครั้ง ตามเกณฑ์

2. กำหนดเป้าหมายให้ร้อยละทารกแรกคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 8 หรือลดลงจากฐานข้อมูลเดิมปีละร้อยละ 0.50 และร้อยละทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 หรือลดลงจากฐานข้อมูลเดิมปีละร้อยละ 0.50 โดยต้องการให้อัตราการเสียชีวิตจากการคลอดลดลงจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมาร้อยละ 30

จากเป้าหมายของการตั้งครรภ์และการคลอดคุณภาพดังกล่าว บุคลากรที่เกี่ยวข้องซึ่งปฏิบัติงานในสถานบริการทุกระดับจึงมีบทบาทสำคัญในการร่วมหาแนวทางพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้มีการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีคุณภาพ ซึ่งจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย พบว่ามีแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ซึ่งเน้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โดยให้การดูแลตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ รูปแบบการดูแลประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง และการให้ความรู้ ซึ่งการให้ความรู้ควรใช้กระบวนการกลุ่ม เพราะจะทำให้อัตราการคลอดทารกน้ำหนักน้อยลดลงมากกว่าการให้ความรู้แบบเดิม เพราะกระบวนการกลุ่มเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จริง (Niemczyk, 2017) นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนด้านจิตใจทั้งของหญิงตั้งครรภ์และผู้ใกล้ชิด โดยการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และมีความตั้งใจในการเผชิญปัญหา รวมถึงการสนับสนุนให้มารับบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง (ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา, และกาญจนา สมบัติศิรินันท์, 2559) และมีการติดตามเยี่ยมหรือการโทรศัพท์ (Dennis & Kingston, 2008) รวมทั้งการแจกคู่มือความรู้ สิ่งพิมพ์ต่างๆ การสืบค้นความรู้ในเว็บไซต์ การให้ชมวิดีโอความรู้ การส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ การใช้แบบประเมินโดยมีการจัดทำโปรแกรมการดูแลเพิ่มเติม ได้แก่ โปรแกรมลดการสูบบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีการสูบบุหรี่ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวล และโปรแกรมการตรวจคัดกรองการติดเชื้อทางช่องคลอด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแสดงของการติดเชื้อทางช่องคลอด และไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

จากข้อเสนอข้างต้น พบว่ามีวิธีการที่หลากหลายในการดูแลหึงตั้งครรภ์ แต่ส่วนใหญ่เป็นการเสนอวิธีการดูแลที่บุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการหลัก แต่ปัญหาหึงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องการการดูแลร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ หึงตั้งครรภ์ และผู้เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ สามี เนื่องจากในระยะเวลาของการตั้งครรภ์ที่ยาวนาน การดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ของหึงตั้งครรภ์ขณะอยู่ที่บ้านหรือที่ทำงาน ล้วนมีปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่ปัญหาการคลอดทารกน้ำหนักน้อยได้หากมีการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การส่งเสริมการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพสำหรับหึงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย จึงเป็นเรื่องสำคัญที่บุคลากรผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องพึงตระหนัก

แนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพสำหรับหึงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

ในการส่งเสริมการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพสำหรับหึงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย สิ่งที่บุคลากรผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงก่อนออกแบบการดูแล คือ การทำความเข้าใจในเป้าหมายของการดูแล ดังที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้กำหนดเป้าหมายให้หึงตั้งครรภ์ผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง พร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐาน รวมทั้งการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การได้รับวิตามิน และการบริการตามสิทธิประโยชน์ และได้รับการฝากครรภ์ครบ 4-5 ครั้ง ตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจกับหึงตั้งครรภ์ถึงเป้าหมายในการดูแล และสร้างข้อตกลงร่วมกันในการปฏิบัติบทบาทของตน ทั้งในส่วนของหึงตั้งครรภ์และทีมสุขภาพ เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีคุณภาพ โดยหึงตั้งครรภ์ต้องมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพเป็นเบื้องต้น และได้รับการเตรียมในการปฏิบัติจริง รวมทั้งเฝ้าระวัง กำกับตนเอง เพื่อให้

สามารถประทับประครองการตั้งครรภ์ให้ครบกำหนดอย่างมีคุณภาพ

แนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกระบวนการหรือขั้นตอนที่ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือกระทำ และการสะท้อนการปฏิบัติด้วยตนเอง (Creer, 2000) โดยเป็นแนวคิดที่ได้รับการนิยามแพร่หลายในการนำมาส่งเสริมการจัดการโรคหรือความเจ็บป่วย โดยให้บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพได้มีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการจัดการความเจ็บป่วยหรือลดผลกระทบจากความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้ การสนับสนุนหรือส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นบทบาทสำคัญของทีมสุขภาพ โดยการจัดการตนเองจะเกิดขึ้นได้ต้องเตรียมให้ผู้ให้บริการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเอง รวมทั้งฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นในการจัดการกับปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วย ซึ่งหลักการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพสำหรับหึงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยที่ประยุกต์ตามแนวคิดของ Creer (2000) มีดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (goal selection) ควรทำหลังจากมีการเตรียมความรู้เกี่ยวกับปัญหาการคลอดทารกน้ำหนักน้อยและผลกระทบ การดูแลสุขภาพที่จำเป็นระหว่างตั้งครรภ์ และหลักการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยโดยการตั้งเป้าหมายต้องกระทำร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพกับหึงตั้งครรภ์ โดยตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่หึงตั้งครรภ์พึงปฏิบัติ และเป้าหมายที่แสดงถึงการตั้งครรภ์คุณภาพ เช่น น้ำหนักตัวขึ้นได้ตามเกณฑ์ในแต่ละช่วงอายุครรภ์ มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4-5 ครั้ง

2. การรวบรวมข้อมูล (information collection) การเฝ้าระวังตนเองหรือตรวจสอบตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการตนเอง การส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับหึงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลนั้น หึงตั้งครรภ์ควรได้รับการเตรียมว่าจะต้องเฝ้าระวังหรือ

สังเกตอาการผิดปกติได้บ้าง เช่น น้ำหนักตัวไม่ขึ้น หรือมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ท้องเสีย รวมถึงวิธีบันทึกข้อมูลเมื่อพบความผิดปกติ

3. การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) เป็นการนำข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่บันทึกไว้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาให้หญิงตั้งครรภ์สามารถวิเคราะห์ความผิดปกติจากข้อมูลที่สังเกตและรวบรวมได้ เช่น การที่น้ำหนักตัวไม่ขึ้นหรือขึ้นไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด แสดงถึงอะไร การมีอาการเจ็บครรภ์หรือมีมดลูกแข็งตัวก่อนวันครบกำหนดคลอด หมายถึงอะไร

4. การตัดสินใจ (decision making) เป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่รวบรวมไว้เพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมในการควบคุมโรค ในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการตัดสินใจสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ควรเน้นให้สามารถเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เช่น เมื่อมีไข้เกิดขึ้น ควรทำอย่างไร

5. การลงมือกระทำ (action) เป็นการลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองในการป้องกันหรือควบคุมความเจ็บป่วย ซึ่งในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยคือการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ลงมือปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตามแนวทางการจัดการตนเองที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้

6. การสะท้อนการปฏิบัติด้วยตนเอง (self-reaction) เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าบรรลุเป้าหมายตามที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ พบปัญหาและอุปสรรคใดบ้าง มีความต้องการเรื่องใดเพื่อให้การจัดการตนเองมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

การส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นบทบาทของทีมสุขภาพหรือผู้ให้บริการ เป็นการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองในการจัดการความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยกลยุทธ์ในการส่งเสริมการจัดการตนเองที่สำคัญมีดังนี้ (ชดช้อย วัฒนะ, 2558)

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคหรือปัญหาสุขภาพ อาจจัดเป็นลักษณะกลุ่มย่อย 7-15 คน หรือให้เป็นรายบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมฟังเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและต้องการควบคุมโรคมากขึ้น

2. การฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นในการควบคุมโรค ควรให้ญาติหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เน้นการฝึกที่ง่าย ๆ และมีการทบทวนจนทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในสิ่งที่ทำ

3. การชักจูง โน้มน้าวให้ลงมือปฏิบัติ และฝึกวิธีการสังเกตและติดตามผล การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ประสบอยู่ โดยเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติหรือปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคหรือปัญหาสุขภาพ และยังหากมีการกำกับตัวเองที่ดี รวมถึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ย่อมส่งผลดีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น (จารุกา วงศ์ขำหล่อ, พัชรี ดวงจันทร์, และอังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

4. การให้คู่มือสำหรับนำไปทบทวน และเฝ้าระวังหรือกำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน จะช่วยให้จดจำ เข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติให้ถูกต้องมากขึ้น ลดความเครียดในการเรียนรู้ เพราะสามารถทบทวนได้บ่อยครั้งตามต้องการ

5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษาจะจัดบรรยากาศแบบเป็นกันเอง ผ่อนคลาย และก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ นำไปสู่การเปิดเผยปัญหาและความรู้สึกที่แท้จริง ทำให้ง่ายต่อการเสริมสร้างกำลังใจ (ปิยะพร กองเงิน และคณะ, 2559)

6. การติดตามเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์ ใช้เป็นส่วนหนึ่งของการกระตุ้นเตือน เพราะผู้ป่วยมักตื่นตัวและตั้งใจปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงแรก ๆ หากไม่มีการติดตามและกระตุ้นเตือน อาจกลับไปปฏิบัติตามที่เคยชินได้หากไม่มีแรงจูงใจมากพอ

แนวทางการประยุกต์พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกัน การคลอดทารกน้ำหนักน้อย

จากหลักการจัดการตนเองและกลยุทธ์ในการส่งเสริม
การจัดการตนเองดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาเป็นแนวทาง
ในการส่งเสริมการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ สำหรับ
หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย
สำหรับพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับการ
การคลอดทารกน้ำหนักน้อย** เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก
ในอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ควรทำในหญิงตั้งครรภ์ที่มา
ฝากครรภ์ครั้งแรกทุกราย และควรเพิ่มการประเมินตามช่วง
อายุครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐานของการฝากครรภ์ 5 ครั้ง
คือ การฝากครรภ์ครั้งแรกควรมีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์
ส่วนครั้งต่อไป ควรมีอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ 26 สัปดาห์
32 สัปดาห์ และ 38 สัปดาห์ ตามลำดับ โดยแบบประเมิน
ภาวะเสี่ยงควรครอบคลุมปัจจัยหรือสาเหตุที่สัมพันธ์
หรือส่งผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ดังนี้

1. การสูบบุหรี่ หรือการได้รับควันบุหรี่
2. การเสพยาเสพติด
3. ภาวะซีด โดยมีความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า
33%
4. การมีน้ำหนักขึ้นน้อยระหว่างการตั้งครรภ์
5. การมีค่า BMI ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
6. การมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด
หรือคลอดทารกน้ำหนักน้อย
7. การมีโรคร่วมในขณะตั้งครรภ์ เช่น
โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังเป็นพิษ โรคเบาหวาน
8. การติดเชื้อแบคทีเรียในขณะตั้งครรภ์ เช่น
ทางเดินปัสสาวะอักเสบ ช่องคลอดอักเสบ ฟันผุหรือเหงือก
อักเสบ
9. การตั้งครรภ์แฝด
10. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
11. การมีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์
12. การมีภาวะเครียด
13. การทำงานหนัก ใช้แรงงานมาก หรือยืน
เป็นเวลานาน หรือเดินขึ้นบันไดสูงๆ

14. การเว้นระยะการมีบุตรน้อยกว่า 2 ปี
15. การมีอายุต่ำกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี
16. การมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า

12 สัปดาห์

สาเหตุสำคัญของการเกิดทารกน้ำหนักน้อย
ส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น การป้องกัน
หรือแก้ไขภาวะเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นเรื่อง
จำเป็น ซึ่งในปัจจุบัน แพทย์มีวิธีการประเมินภาวะเสี่ยง
เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนามากขึ้น เช่น การทำ
อัลตราซาวด์เพื่อวัดความยาวของปากมดลูก หากปากมดลูก
ของหญิงตั้งครรภ์มีความยาวมากกว่า 30 มิลลิเมตร จะมี
ความเสี่ยงต่ำต่อการคลอดก่อนกำหนด หากมีความยาว
อยู่ในช่วง 20-30 มิลลิเมตร จะมีความเสี่ยงต่อการคลอด
ก่อนกำหนดสูง และหากปากมดลูกมีความยาวน้อยกว่า
20 มิลลิเมตร ควรรับให้การรักษา (สายฝน ชวาลไพบูลย์,
2553) ซึ่งในขั้นตอนของการประเมินภาวะเสี่ยงนี้ ควรเน้น
ให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงอันตรายในการเกิดทารกน้ำหนัก
น้อย โดยเฉพาะการคลอดก่อนกำหนด หากทารกมีน้ำหนัก
น้อยกว่า 2,000 กรัม นอกจากจะเกิดอันตรายแก่ชีวิตแล้ว
ยังต้องอยู่โรงพยาบาลนาน บางรายส่งผลต่อพัฒนาการ
ทางร่างกายและสมอง ทั้งนี้ในการปฏิบัติงานมักพบว่า
หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยง เช่น
ได้รับการตรวจฟันและแนะนำให้ไปทำฟัน แต่หญิงตั้งครรภ์
ไม่ทราบสาเหตุใด และสำคัญมากเพียงใด ส่วนใหญ่
จึงไม่กระตือรือร้นไปทำฟัน จนอายุครรภ์มากขึ้นซึ่งเป็นช่วงที่
ไม่เหมาะในการทำฟัน ทำให้มีโอกาสฟันผุและเหงือกอักเสบ
ซึ่งส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนดได้

**ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับ
การป้องกันและแก้ไขภาวะเสี่ยง** ซึ่งในขั้นตอนนี้ ทำได้
ทั้งแบบเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล โดยควรจัดให้มีการ
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และจัดทำเป็นคู่มือเพื่อใช้
สำหรับทบทวนและเรียนรู้เพิ่มเติมเมื่อไปอยู่บ้าน ซึ่งความรู้
ควรครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. อาหารที่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์
2. การประเมินและจัดการความเครียด

3. การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและ
อวัยวะสืบพันธุ์

4. การดูแลสุขภาพช่องปาก และช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำฟัน

5. การคำนวณและประเมิน BMI รวมทั้งการเพิ่ม
ของน้ำหนักที่เหมาะสมในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์

6. การติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักทารก
ในครรภ์

7. อาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนด

ทั้งนี้ ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีในสมุดฝากครรภ์
ที่กรมอนามัยจัดทำขึ้น ที่เรียกว่า “สมุดสีชมพู” เพียงแต่
พยาบาลควรชี้แนะหญิงตั้งครรภ์ให้ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่

**ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์
ตั้งเป้าหมายเพื่อป้องกันและแก้ไขการคลอดทารก
น้ำหนักน้อย** ในขั้นตอนนี้ พยาบาลต้องใช้ความสามารถ
ในการโน้มน้าวและให้กำลังใจ ควรให้สามีและครอบครัว
เข้ามามีส่วนร่วม เพราะเป็นกลุ่มคนที่จะช่วยสนับสนุน
ได้ดีที่สุด หากหญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักในภาวะ
แทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จะทำให้ขั้นตอนนี้ง่ายขึ้น รวมถึง
การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจนเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ทั้งนี้
การตั้งเป้าหมายต้องอยู่ในขอบเขตของความเป็นจริง
แบบค่อยเป็นค่อยไป และควรบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์
อักษร เช่น มีความเสี่ยงเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะอีกเสบ
บางครั้งอาจไม่มีการแสดง พบแต่ความผิดปกติของ
การตรวจปัสสาวะ

ตัวอย่างการตั้งเป้าหมาย: ลดป้องกันการติดเชื้อ
ในทางเดินปัสสาวะ ซึ่งการตั้งเป้าหมายต้องมาพร้อมกับ
พฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน โดยเชื่อว่าพฤติกรรม
เหล่านั้นอาจเป็นสาเหตุของการทำให้เกิดปัญหาหรือภาวะเสี่ยง
ดังกล่าว เช่น การเก็บปัสสาวะไม่ถูกต้อง เกิดการปนเปื้อน
การดื่มน้ำน้อย การกลั้นปัสสาวะ การรักษาความสะอาด
ของอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ดี

**ขั้นตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมหรือบันทึกข้อมูล
ที่เกิดจากการปฏิบัติ** ควรทำแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล

เป็นรูปเล่ม โดยมีส่วนประกอบของเป้าหมายที่ตั้งไว้และ
พฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน โดยให้เวลาที่สอดคล้อง
กับการนัดฝากครรภ์ครั้งต่อไป มีการเปิดโอกาสให้
หญิงตั้งครรภ์ได้เรียนรู้และฝึกทักษะการบันทึก ในช่วง
สัปดาห์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลควรมีการโทรศัพท์
ให้กำลังใจ โดยพูดคุยถึงความสะดวกของช่วงเวลาที่
โทรศัพท์ เบอร์โทรศัพท์ และควรให้เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก
ในการติดต่อสอบถามเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีปัญหา

ขั้นตอนที่ 5 การประมวลและประเมินข้อมูล
นอกจากจะนำข้อมูลจากการบันทึกมาวิเคราะห์แล้ว ควรให้
หญิงตั้งครรภ์หรือครอบครัวได้มีโอกาสแสดงความรู้สึก
ความคิดเห็น และสะท้อนปัญหาที่พบจากการปฏิบัติ และ
การตัดสินใจเกี่ยวกับการคงอยู่หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ควรกล่าวชื่นชมในความสำเร็จและให้กำลังใจในการทำ
ต่อเนื่อง ซึ่งจะกลับไปยังขั้นตอนที่ 4 และขั้นตอนที่ 5
จนบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และเกิดพฤติกรรมสุขภาพ
ที่ดีในการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยต่อไป ซึ่งควร
ให้ความสำคัญกับขั้นตอนการสะท้อนการปฏิบัติด้วยตนเอง
เพราะเป็นกระบวนการสะท้อนคิด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์
มีโอกาสทบทวนและไตร่ตรองอย่างรอบคอบเกี่ยวกับ
ความรู้สึกและการปฏิบัติของตนเอง ซึ่งหากใช้วงจร
การสะท้อนคิดของ Gibbs (1988) จะแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน
ดังนี้

1. การบรรยายสภาพการณ์ว่ามีเหตุการณ์
อะไรเกิดขึ้นบ้าง (description)
2. การแสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อ
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (feeling / thought)
3. การประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีส่วนใด
สำเร็จ ส่วนใดล้มเหลว (evaluation)
4. การวิเคราะห์สถานการณ์ว่ามีอะไรเป็นอุปสรรค
และมีอะไรที่จะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น (analysis)
5. การสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์
(conclusion)
6. การวางแผนปฏิบัติเพื่อพัฒนาหรือปรับปรุง
สถานการณ์ให้ดีขึ้น (action plan)

การให้ปฏิบัติมีโอกาสสะท้อนคิดด้วยตนเองนั้น จะทำให้เข้าใจความรู้สึก ความนึกคิด ทักษะที่เป็นปัญหา และความรู้ที่ต้องทบทวนเพิ่มเติม รวมถึงกำลังใจในสถานการณ์ปัจจุบัน

การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคลอด ทารกน้ำหนักน้อย เป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการส่งเสริม การตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ทั้งนี้ต้อง เริ่มจากการสร้างความตระหนักแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ต่อปัญหาการคลอดทารกน้ำหนักน้อยและผลกระทบ และส่งเสริมการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพในขณะที่ ตั้งครรภ์ โดยให้หญิงตั้งครรภ์มีบทบาทสำคัญร่วมกับ ทีมสุขภาพ ตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย การฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและแก้ไขการคลอดทารกน้ำหนัก น้อย การรวบรวมหรือบันทึกข้อมูล การตัดสินใจเลือก แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการป้องกันการคลอดทารก น้ำหนักน้อย การลงมือปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตาม แนวทางการจัดการตนเองที่ได้เลือกไว้ และการประเมิน ตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าบรรลุเป้าหมายตามที่ ตนเองตั้งไว้หรือไม่ รวมทั้งสนับสนุนเอกสาร คู่มือ และ การจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนับสนุนให้ กำลังใจ เพื่อให้สามารถระคับประคองการตั้งครรภ์ให้ครบ กำหนดอย่างมีคุณภาพ ซึ่งนอกจากจะเป็นการส่งเสริม การคลอดอย่างมีคุณภาพตามเป้าหมาย ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ของกรมอนามัยแล้ว ยังเป็นการพัฒนา ความสามารถในการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ส่งผล ต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไป ซึ่งนอกจาก จะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวแล้ว ยังส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กในอนาคต ซึ่งจะเป็นกำลัง สำคัญในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ตัวชี้วัด ระดับกระทรวง กรมอนามัย 2560 กลุ่มงาน อนามัยแม่และเด็ก สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. สืบค้น 8 มิถุนายน 2561, จาก [http://www.M201600002-1479882138-ตัวชี้วัดกรมอนามัย-2560-081159\(3\).pdf](http://www.M201600002-1479882138-ตัวชี้วัดกรมอนามัย-2560-081159(3).pdf)*
- จารุภา วงศ์ช่างหล่อ, พัชรี ดวงจันทร์, และอังสินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของ มารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24(1), 191-193.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง : กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสาร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(พิเศษ 1), 122-126.
- ธราธิป โกละทัต, และจันทิมา จรัสทอง. (2559). *การแก้ ปัญหาภาวะคลอดก่อนกำหนด: ตัวชี้วัดผลสำเร็จ ระดับประเทศ. สืบค้น 11 กันยายน 2560, จาก <http://www.tmchnetwork.com/node/162>*
- นงลักษณ์ ทองโด. (2552). ปัจจัยเสี่ยงต่อการให้กำเนิด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศไทย. *วารสาร ประชากร*, 3(1), 58-59.
- ประคอง ตั้งสกุล. (2554). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ น้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดต่ำกว่ามาตรฐาน. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 6(2), 113-120.
- ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา, และกาญจนา สมบัติศิรินันท์. (2559). ผลของโปรแกรมเสริมสร้าง พลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอด ก่อนกำหนดและสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรก เกิดน้ำหนักน้อย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(3), 67-82.

- วรัญญา ชลธารกัมปนาท, ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์, และธนพร ศนิบุตร. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. สืบค้นจากฐานข้อมูล ThaiLIS.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *สุขภาพคนไทย 2560*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สายฝน ชาวลาไพบูลย์. (2553). *ตำราการคลอดก่อนกำหนด Preterm labour*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press.
- da Silva Pereira, P. P. (2017). Maternal active smoking during pregnancy and low birth weight in the Americas: A systematic review and meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(5), 497-505. DOI: 10.1093/ntr/ntw228
- Dennis, C. L., & Kingston, D. (2008). A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(3), 301-314. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00235.x
- Gennette, S., Varlamov, A., & Eason, R. (2017). *Pregnancy outcomes in underweight versus ideal weight women at time of delivery*. Retrieved September 11, 2017, from https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2017/05001/Pregnancy_Outcomes_in_Underweight_Versus_Ideal.246.aspx
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.
- Mathewson, K., Schmidt, L., & Van Lieshout, R. (2017). Extremely low birth weight babies at higher risk of mental health problems. *Midwives*, 20(2), 38-39.
- Niemczyk, N. A. (2017). Updates from the literature. March/April 2017. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(2), 227-231. DOI: 10.1111/jmwh.12614
- Sigalla, G. N., et al. (2017). Intimate partner violence during pregnancy and its association with preterm birth and low birth weight in Tanzania: A prospective cohort study. *PLoS ONE*, 12(2), e0172540.
- Utako, M., et al. (2017). Pre-pregnancy body mass index as a predictor of low birth weight infants in Japan. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 26(3), 434-437.
- Vahdaninia, M., Tavafian, S. S., & Montazeri, A. (2008). Correlates of low birth weight in term pregnancies: A retrospective study from Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 12. DOI: 10.1186/1471-2393-8-12
- World Health Organization. (2004). *Low birth weight: Country, regional and global estimates*. New York: UNICEF.
- Yang, S., et al. (2017). Symptoms of anxiety and depression during pregnancy and their association with low birth weight in Chinese women: A nested case control study. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 283-290. DOI:10.1007/s00737-016-0697-2

ตำรับยาที่มีข้าวดำทำยาของชาวชองเป็นเภสัชวัตถุ: สำหรับแพทย์แผนไทย Chong Tribe's Black Rice and Its Used as a Medicine Ingredient: Implication for Thai Traditional Medicine

เจตน์จรรย์ อาจโรสง, บธ.ค. (บริหารธุรกิจ); ประกาศนียบัตร (แพทย์แผนไทย) *
Jetchan Atthaisong, D.B.A. (Business Administration); Cert. (Thai Traditional Medicine) *

อาจิน สว่างชีพ **
Archin Sawangsheap **

นันทวัน ไกล้า, มน.ม. (มานุษยวิทยา) ***
Nunthawan Jaikla, M.A. (Anthropology) ***

คำรณ วงศ์ศรี, บธ.บ. (การตลาด); ประกาศนียบัตร (แพทย์แผนไทย) ****
Kamron Wangsri, B.B.A. (Marketing); Cert. (Thai Traditional Medicine) ****

กลุ่มชาติพันธุ์ชอง (The Chong Ethnic) คือคนพื้นเมืองของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบในจังหวัดจันทบุรี ระยอง ตราด และฉะเชิงเทรา นอกจากนี้ยังพบในภาคตะวันตก คือ จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนในต่างประเทศ พบว่าประเทศกัมพูชามีชาวชอง (ชาวกัมพูชา เรียกว่า ชาวปอร์) อาศัยอยู่ในจังหวัดพระตะบอง และจังหวัดโพธิ์สธว์ ในบริเวณที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศไทย (เจตน์จรรย์ อาจโรสง และคณะ, 2560) ในปัจจุบัน แหล่งที่มีชาวชองอาศัยอยู่มากที่สุดในประเทศไทย คือ ตำบลตะเคียนทอง ตำบลจันทเขลม และตำบลคลองพลู อำเภอเขาชะเมา จันทบุรี ชาวชองมีความผูกพันกับป่า จึงมีความเชี่ยวชาญอย่างมากด้านสมุนไพรในการรักษาโรค ประกอบกับชาวชองมีความเชื่อเรื่องผี จึงมีภูมิปัญญาด้านการรักษาโรค ได้แก่ การรักษาโรคด้วยสมุนไพร การรักษาโรคด้วยเวทมนตร์คาถา เป็นต้น (เจตน์จรรย์ อาจโรสง, พระอิทธิกรวัชรชัย

จันทโชโต, พระสี เตชพลโ, เฉิน ผันผาย, และคำรณ วงศ์ศรี, 2551) โดยอาชีพหลักของชาวชอง คือ การทำนา เพื่อนำข้าวมารับประทานในครอบครัว แบ่งปันให้แก่เพื่อนบ้าน และนำข้าวมาเป็นเภสัชวัตถุในการปรุงยา ปัจจุบันชาวชองได้เปลี่ยนไปประกอบอาชีพอื่น สิ่งที่หายไปพร้อมกับนา คือ เมล็ดพันธุ์ข้าวพื้นเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่า “ข้าวดำทำยา” ซึ่งเคยมีในทุ่งนาตำบลตะเคียนทอง ได้หายไป แต่พบว่าพันธุ์ข้าวดำพื้นเมืองของชาวชองยังคงเหลืออยู่ที่ตำบลวังแซ้ม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นข้าวไร่พันธุ์พื้นเมือง เป็นข้าวเจ้าแข็ง ทั้งนี้ พระครูธรรมสรคุณ (ท่านพ่อเจียน) ได้ตั้งชื่อข้าวดำทำยาของตำบลวังแซ้มว่า “แม่พญาทองดำ” อันเป็นที่มาของชื่อ “กลุ่มวิสาหกิจชุมชนแม่พญาทองดำ” (สมเจตน์ แก้วแกมกาญจน์, 2557)

ชาวชองมีสินทรัพย์ทางความรู้ (knowledge assets) อันมีคุณค่า ที่ได้มาจากแบบอย่างที่ดี (best

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก วิทยาเขตจันทบุรี
** อาจารย์ โรงเรียนแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
**** ครูธุรการ โรงเรียนวัดคลองตะเคียน อำเภอเขาชะเมา จันทบุรี

practice) จากคนรุ่นเก่าถ่ายทอดสู่คนรุ่นลูกหลาน คือ ภูมิปัญญาด้านการรักษาโรค แต่การสืบทอดภูมิปัญญา เหล่านี้ไม่มีการจดบันทึก ผู้รับการสืบทอดภูมิปัญญา จึงต้องจดจำ และใช้ความสามารถของตนเองในการเรียนรู้ จึงทำให้ตำรับยาต่างๆ บางส่วนได้หายไป หรือหายไป ทั้งตำรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตำรับยาที่ใช้ข้าวเป็นเภสัชวัตถุ ซึ่งคงเหลืออยู่น้อย จึงยากที่จะสืบค้นได้ (เจตน์จรรย์ อาจโรสง และคณะ, 2559) การรักษาโรคของชาวของ ส่วนใหญ่รักษาด้วยสมุนไพรและเวทมนตร์คาถา ชาวของ จึงมีการบูรณาการตำรับยาที่มีการจดบันทึก เช่น ตำรับ ยาหลวงพ่อกุซ วัดปากคลองมะขามเฒ่า ตำรับยาไกรภพ สาระกูด และตำรับยาที่ได้จากการบอกเล่าจากคนรุ่นก่อน เพื่อใช้ในการรักษาโรค ซึ่งบทความนี้มุ่งเน้นการนำเสนอ ตำรับยาที่มีส่วนผสมของข้าว โดยเฉพาะข้าวดำทำยา ของชาวของ “แม่พญาทองคำ” เป็นเภสัชวัตถุ

การใช้ข้าวดำทำยาของชาวของเป็นเภสัชวัตถุในตำรับยา
จากการศึกษาพบว่าชาวของใช้ข้าวในการรักษา

โรคต่างๆ โดยทั่วไปนิยมนำข้าวดำทำยามาทำเป็นน้ำกระสายยา ได้หลายตำรับ ซึ่งตำรับยาต่างๆ เหล่านี้ สามารถจำแนก ตามสรรพคุณได้ 2 ชนิด ดังนี้

1. ตำรับยาที่มีสรรพคุณบำรุงกำลัง เจริญธาตุ
ประกอบด้วยตำรับยา 3 ตำรับ ดังนี้

1.1 ตำรับยาบำรุงกำลัง สำหรับคนผอมแห้ง แรงน้อย ตำรับยาหลวงพ่อกุซ วัดปากคลองมะขามเฒ่า (หลวงพ่อกุซ วัดปากคลองมะขามเฒ่า, ม.ป.ป.) เภสัชวัตถุ ได้แก่ ข้าวสารคั่ว เกลือทะเล (เกลือใส่แกลง) พริกไทยร้อน และน้ำผึ้งชันโรงแท้ โดยนำข้าวสารคั่ว เกลือทะเล และ พริกไทยร้อน อย่างละเท่าๆ กัน มาตำให้ละเอียด ผสมกับ น้ำผึ้งชันโรงแท้ ปั้นเป็นลูกกลอนขนาดเท่าเมล็ดพุทรา ใช้รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร เช้า-เย็น และก่อนนอน สรรพคุณแก้โรคผอมแห้งแรงน้อย ทำให้มีสุขภาพอนามัยดีภายในเวลาไม่เกิน 3 เดือน ด้วยยา และเภสัชวัตถุยารักษาบำรุงกำลัง แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ด้วยยา และเภสัชวัตถุในตำรับยาบำรุงกำลัง (ที่มา: เจตน์จรรย์ อาจโรสง และคณะ, 2559)

เภสัชวัตถุ และสรรพคุณ มีดังนี้

1) ข้าวสารคั่ว ใช้ข้าวหอมแม่พญาทองคำ ซึ่งเป็นข้าวเจ้าที่มีสีดำ มีแอนโทไซยานิน มีคุณสมบัติ ที่สำคัญคือ เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ จึงมีประโยชน์ ในการลดภาวะเครียดออกซิเดชัน ซึ่งหากภาวะเครียด ออกซิเดชันมีพัฒนาการที่รุนแรงขึ้น จะเป็นปัจจัยเสริม

ให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคหอบ โรคข้ออักเสบ โรคความจำเสื่อม โรคเมะเร็ง (วิไลดา ลินทร, วรรณญา จตุพรประเสริฐ, มาลิน จุลศิริ, และกนกวรรณ จารุกัจ, 2557) ทั้งนี้ คณะผู้เขียนบทความได้นำข้าวหอม แม่พญาทองคำส่งไปวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญ ซึ่งผล การทดสอบแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบองค์ประกอบสำคัญในข้าวหอมแม่พญาทองคำ

องค์ประกอบสำคัญ	ผลการทดสอบ
moister	2.50%
protein (factor 5.95)	10.58%
fat	3.74%
ash	1.21%
total carbohydrate (by difference; include crude fiber)	81.97%
total calories	403.86 kcal/100 g.
calories from fat	33.66 kcal/100 g.

ที่มา: สถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (2559)

ตำรับยาบำรุงกำลัง ใช้ข้าวสารคั่ว มีรสมัน สรรพคุณคือ มีฤทธิ์ซึมซาบไปตามเส้นเอ็น แก้เส้นเอ็นพิการ บำรุงเส้นเอ็น แก้ปวดเมื่อย บำรุงไขข้อ บำรุงเยื่อกระดูก เป็นยาอายุวัฒนะ ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.)

2) เกือบทะเล มีรสเค็ม สรรพคุณคือ มีฤทธิ์ซึมซาบไปตามผิวหนัง แก้โรคผิวหนัง โรคพริตติก ถ่ายชำระน้ำเลือด ชำระเมือกมันในลำไส้ ฟอกโลหิต แก้เสมหะเหนียว (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.) บำรุงธาตุทั้ง 4 แก่น้ำดีพิการ แก้โรคท้องมาน (อัม แสงปัญญา, 2507)

3) พริกไทยร้อน มีรสเผ็ดร้อน กลิ่นฉุน สรรพคุณคือ แก้โรคลมจุกเสียด ขับลมให้ผายหรือเรอบำรุงเตโชธาตุ (ธาตุไฟ) ขับเหงื่อ ช่วยย่อยอาหาร (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.) รักษาอาการปวดกระเพาะอาหาร รักษาโรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรังและอาการหอบหืด ช่วยขับลม แก้ประสาทอ่อนเพลีย บำรุงกระเพาะอาหาร ลดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และแน่นจุกเสียด (โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2553) แก้อัมพฤกษ์ อัมพาต (อัม แสงปัญญา, 2507)

4) น้ำผึ้งชันโรงแท้ มีรสหวาน สรรพคุณคือ มีฤทธิ์ซึมซาบไปตามเนื้อ ทำให้เนื้อในร่างกายชุ่มชื้น บำรุงกล้ามเนื้อ บำรุงหัวใจ เจริญอาหาร แก้อ่อนเพลีย บำรุงกำลัง แก้ไอ แก้เสมหะแห้ง แก้หอบ (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.) ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิว ช่วยต้านอนุมูลอิสระ ชะลอการเสื่อมของเซลล์ เป็นยาอายุวัฒนะ เป็นยาระบายอ่อนๆ เป็นยาฆ่าเชื้อโรคบางชนิด เป็นยาสมานแผล แก้ฝีในท้อง ขับฟอกเสมหะในท้อง แก้ท้องมาน (อัม แสงปัญญา, 2507)

การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรค และวิจารณ์สรรพคุณของตำรับยาหลวงพ่อคุช วัดปากคลองมะขามเฒ่า โรคผอมแห้งแรงน้อยมีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ โรคประจำตัว และฮอร์โมน ซึ่งเป็นไปตามหลักการแพทย์แผนไทย ในธาตุสมุฏฐานที่กล่าวว่า “เมื่อสิ่งหนึ่งผิดปรกติธรรมชาติไป คือ มีไฟมากเกินไป หรือเกินปรกติธรรมชาติ” “จักไปกระทบทำให้เกิดอีกสิ่ง คือ ทำให้เกิดลมมากขึ้น” “สิ่งนั้นจักไปกระทบให้อีกสิ่งผิดปรกติ คือ ที่สุดน้ำจกแห้งไปด้วยไฟที่มากลุมที่มากขึ้น” “และกลับไปสู่สิ่งที่ผิดปรกติเมื่อเริ่มเสมอ คือ ในที่สุดไฟจกกลับมาแรงมากขึ้นไปอีกด้วยน้ำนั้นแห้งไป” แพทย์ต้องเข้าใจธาตุสมุฏฐานก่อนจึงจะสามารถนำคัมภีร์มาใช้ในการรักษาได้ถูกต้อง (คมสัน ทินกร ณ อยุธยา, ม.ป.ป.) สำหรับสรรพคุณของตำรับยานั้น

มีข้าวเป็นยาอายุวัฒนะ พริกไทยช่วยลดอาการท้องอืดได้ เพราะในผลมีน้ำมันหอมระเหยอยู่ 2-4% ส่วนเกลือช่วย ฟอกโลหิต บำรุงธาตุทั้ง 4 จึงทำให้ธาตุทั้ง 4 ที่ไม่สมบูรณ์ กลับมาเป็นปกติได้

1.2 ตำรับยารักษาอาการมือชา-เท้าชา ตำรับยา ไกรภพ สาระกูล (ไกรภพ สาระกูล, 2552) เกษัศวัตถุ ได้แก่ เมล็ดงา 1 ลิตร รำปลายข้าวสาร 1 ลิตร กระเทียม 1 กำมือ และน้ำผึ้งหรือน้ำตาล 1/2 ลิตร โดยนำกระเทียม มาสับให้ละเอียด แล้วนำทั้ง 3 อย่าง ไปคั่วให้สุกจนแห้ง ทิ้งไว้ให้เย็นสักครู่ จากนั้นนำไปบดเป็นผง ผสมกับน้ำผึ้ง หรือน้ำตาล ปั้นเป็นลูกกลอน รับประทานเช่นเดียวกับ ตำรับที่ 1.1 ติดต่อกันเป็นเวลา 1 เดือน อาการจะดีขึ้น หรืออาจใช้ข้าวกล้อง และเมล็ดถั่วเขียว ในปริมาณเท่าๆ กัน ต้มกับน้ำตาลจนเหนียว รับประทานเป็นของหวาน เพื่อช่วย บรรเทาอาการมือชา-เท้าชา

เกษัศวัตถุ และสรรพคุณ มีดังนี้

1) เมล็ดงา มีรสมัน สรรพคุณคือ บำรุงไขมัน และแก้เส้นเอ็น แก้เมื่อย บำรุงกำลัง (สำนักสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.) ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย แก้อ่อนเพลียข้อแพลง ไล่บาดแผล (อัม แสงปัญญา, 2507)

2) รำปลายข้าวสาร มีรสมันเย็น สรรพคุณ คือ แก้ไข้ บำรุงเส้นเอ็นในฤดูร้อน

3) กระเทียม มีรสเผ็ดร้อน สรรพคุณ คือ ลดอาการ ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด รักษาโรคผิวหนัง กลากเกลื้อน (โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช อันเนื่องมาจาก พระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2553) แก้ไอ แก้วริดสีดวงอก แก้โรคผิวหนัง ขับลมในลำไส้ ขับปัสสาวะ บำรุงธาตุ ขับโลหิตระดู แก้ฟกบวม แก้เสมหะ และลม กระจายโลหิต ทำให้เสมหะแห้ง แก้อาการปวด มวนในท้อง (อัม แสงปัญญา, 2507)

4) น้ำผึ้งหรือน้ำตาล มีรสหวาน สรรพคุณ คือ มีฤทธิ์ชุ่มชื้นไปตามเนื้อ

5) ข้าวกล้อง มีรสหวาน สรรพคุณ คือ บำรุง กำลัง แก้อ่อนเพลีย ช่วยให้อาหารย่อย บำรุงร่างกาย

6) เมล็ดถั่วเขียว มีรสมัน สรรพคุณ คือ แก้อ่อนใน แก้อ่อนขัด บำรุงเนื้อและกระดูก บำรุงกำลัง (สำนักสถาน

พยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.) บำรุงไขข้อ แก้ไข้ ทำให้ตัวเย็น แก้ไข้ใน (อัม แสงปัญญา, 2507)

การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรค และ วิจารณ์สรรพคุณของตำรับยาไกรภพ สาระกูล โรคมือชา-เท้าชามีสาเหตุจากวาโยธาตุ (ธาตุลม) พิการ เส้นเอ็นพิการ สำหรับสรรพคุณของตำรับยานี้ มีเมล็ดงาและรำปลาย ข้าวสารช่วยบำรุงเส้นเอ็นในฤดูร้อน กระเทียมช่วยบำรุง ธาตุ กระจายโลหิต เพราะมีน้ำมันหอมระเหย ช่วยขับลม ทำให้เลือดลมเดินเป็นปกติ ส่วนน้ำผึ้งหรือน้ำตาล ข้าวกล้อง และเมล็ดถั่วเขียว ช่วยบำรุงร่างกาย บำรุงกำลัง ทำให้ธาตุดิน บริบูรณ์ จึงไม่เจ็บป่วย

1.3 ตำรับยารักษาโรคไต ตำรับยาของชาวของ เกษัศวัตถุ ได้แก่ ข้าวสุก และน้ำอ้อย โดยนำข้าวสุกมาลวก กับน้ำอ้อย ปั้นเป็นก้อนขนาดเท่าหัวแม่มือ รับประทาน ครั้งละ 1 ก้อน วันละ 3 เวลา ก่อนอาหารเช้า-เย็น และ ก่อนนอน (เจตนัจจรัญ อาจโรสง และคณะ, 2559)

เกษัศวัตถุ และสรรพคุณ มีดังนี้

1) ข้าวสุก มีรสหวาน สรรพคุณคือ มีฤทธิ์ ชุ่มชื้นไปตามเนื้อ

2) น้ำอ้อย มีรสหวานเย็น กลิ่นหอม สรรพคุณ คือ แก้เสมหะ โรคหืด ลดอาการไอ ช่วยกระจายเสมหะ ขับปัสสาวะ (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.) บำรุงจิตใจให้ชุ่มชื้น ชูกำลัง (อัม แสงปัญญา, 2507)

การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรค และ วิจารณ์สรรพคุณของตำรับยาของชาวของ โรคไตมีสาเหตุ จากวาโยธาตุ (ธาตุน้ำ) พิการ สำหรับสรรพคุณของตำรับยา นั้น มีข้าวสุกที่มียุทธวิธีชุ่มชื้นไปตามเนื้อ เมื่อบั่น กับกระสายยาน้ำอ้อย ทำให้เกิดวาโย ช่วยพัดพาเอาไป ได้ดีขึ้น และเตโชธาตุ (ธาตุไฟ) บริบูรณ์ขึ้น จากความร้อน ของข้าวสุกและน้ำอ้อย จึงช่วยขับปัสสาวะได้ดีขึ้น

2. ตำรับยาที่มีสรรพคุณถอนพิษ กันคุณไสย ประกอบด้วยตำรับยาของชาวของ 7 ตำรับ ดังนี้

2.1 ตำรับยารักษาโรคนุสวัด (ตำรับที่ 1) เกษัศวัตถุ ได้แก่ เนื้อผลหมากสด เถานาคราช และน้ำข้าวข้าว โดยใช้ หมาก 3 คำ ฟนบริเวณที่เป็น พร้อมทั้งใช้คาถากำกับ (ฟน 3 วัน ติดต่อกัน ก่อนพระอาทิตย์ตกดิน เรียกว่า

“พน 3 คำ”) และใช้ยาทาที่ได้จากการนำเถานาคราขมาฝนกับน้ำข้าวข้าว

เกสรขี้ผึ้ง และสรรพคุณ มีดังนี้

1) เนื้อผลหมากรูด มีรสฝาด สรรพคุณคือ ใช้แก้อาการท้องเดิน และใช้รักษา น้ำกัดเท้า (โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2553)

2) เถานาคราข มีรสเย็น สรรพคุณ คือ ถอนพิษอักเสบ แก้ปวดแสบปวดร้อน ถอนพิษสัตว์กัดต่อย แก้พิษฝี (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.)

3) น้ำข้าวข้าว มีรสเย็น สรรพคุณคือ ถอนพิษลำแดง แก้พิษร้อนภายใน ดับพิษอักเสบและฟกบวม ดังนั้น หากใช้เป็นน้ำกระสายยา มักใช้กับยาแก้ไข้ เพราะนอกจากจะช่วยละลายยาให้รับประทานง่ายขึ้นแล้ว ยังช่วยเสริมฤทธิ์ลดไข้ของยาในตำรับได้อีกด้วย

การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรค และวิจารณ์สรรพคุณของตำรับยารักษาโรคสุวัด (ตำรับที่ 1) โรคสุวัด มีสาเหตุจากเตโชธาตุกำเริบ วาโยธาตุพิการ อาโปธาตุหย่อน จึงแสดงออกที่ธาตุดิน คือ เม็ดบนผิวหนังที่เกิดจากความร้อนภายในร่างกาย สำหรับสรรพคุณของตำรับยานี้ เนื้อผลหมากรูดใช้สมานแผลได้ เพราะมีสารแทนนิน มีรสฝาด และมีความร้อน จึงทำให้แผลหายได้ การใช้วิธีฝนไปบนผิวหนังของคนไข้ เพื่อช่วยสมานแผลที่เกิดจากความร้อน ส่วนเถานาคราขและน้ำข้าวข้าว มีรสเย็น เป็นอาโปธาตุ การทาบนผิวหนังจึงเป็นการใช้อาโปธาตุที่เย็นไปดับความร้อนของเตโชธาตุ

2.2 ตำรับยารักษาโรคสุวัด (ตำรับที่ 2) หมอจะรักษาโดยใช้การใช้ธาตุร่วมกับการใช้น้ำมันดีและสมุนไพร มาพอก เกสรขี้ผึ้ง ได้แก่ ไพล ผักบุ้งแดง ข้าวสุกเผาไฟ พิมเสนเกล็ด สารส้ม และน้ำข้าวข้าว โดยนำไพล ผักบุ้งแดง และข้าวสุกเผาไฟ มาตำคละกับพิมเสนเกล็ดและสารส้ม แล้วนำมาละลายในน้ำข้าวข้าว ใช้ทาเป็นประจำ หมอจะพน 3 คำ มีข้อห้ามคือ ห้ามรับประทานอาหารทะเล (เนื่องจากมีความเค็ม)

เกสรขี้ผึ้ง และสรรพคุณ มีดังนี้

1) ไพล มีรสเผ็ดเล็กน้อย ปรา่ มีกลิ่นหอม

สรรพคุณคือ รักษาอาการปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอก ฟกช้ำ (โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2553) รับประทานถ่ายพิษบิด ขับลมในลำไส้ ขับประจำเดือนสตรี ฝนทาแก้เคล็ดบวมยอก และผสมน้ำมันเบนซิน ใช้ทาแก้เห็บขากชนิดบวม ช่วยสมานแผล (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.)

2) ผักบุ้งแดง มีรสเย็น สรรพคุณคือ ถอนพิษยาเบื่อเมา แก้ตาฟาง ตามัว ใบตำพอกแก้พิษฝี ถอนพิษอักเสบ (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.)

3) ข้าวสุกเผาไฟ มีรสมัน สรรพคุณคือ ดูดพิษ ดูดหนอง

4) พิมเสนเกล็ด มีรสเย็นหอม สรรพคุณคือ กระจายลม รักษาบาดแผล บำรุงหัวใจทำให้โล่งอก (อัม แสงปัญญา, 2507)

5) สารส้ม มีรสเปรี้ยวฝาด หวานเล็กน้อย สรรพคุณคือ สมานทั้งภายในและภายนอก ชะล้างระดูขาว ขับฟอกหนองในและหนองเรื้อรัง แก้แผลในปากและในคอ แก้หลอดลมอักเสบ ชำระล้างตาที่มีหนอง แก้หูน้ำหนวก ชะล้างโลหิตออกทางทวารเบาของสตรี ขับปัสสาวะ แก้เนื้อแก้หนองใน ขับระดูขาว (อัม แสงปัญญา, 2507)

6) น้ำข้าวข้าว มีรสเย็น สรรพคุณคือ ถอนพิษลำแดง แก้พิษร้อนภายใน ดับพิษอักเสบและฟกบวม

การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรค และวิจารณ์สรรพคุณของตำรับยารักษาโรคสุวัด (ตำรับที่ 2) โรคสุวัด มีสาเหตุจากเตโชธาตุกำเริบ วาโยธาตุพิการ และอาโปธาตุหย่อน สำหรับสรรพคุณของตำรับยานี้ มีไพล ข้าวสุกเผาไฟ พิมเสนเกล็ด และสารส้ม ช่วยรักษาและสมานแผล ช่วยกระจายลม ส่วนผักบุ้งแดงและน้ำข้าวข้าว ช่วยลดความร้อน ถอนพิษอักเสบ

2.3 ตำรับยารักษาอาการร้อนใน เกสรขี้ผึ้ง ได้แก่ ข้าวสุกเผาไฟ ลูกข่อยเผาไฟ และขิงข้าวโพดเผาไฟ โดยนำข้าวสุก ลูกข่อย และขิงข้าวโพด ไปเผาให้เป็นขมูกสีดำแล้วนำไปต้ม ใช้ดื่มครั้งละครึ่งแก้ว ก่อนอาหาร รักษาอาการร้อนใน

เกสรตัวผู้ และสรพคุณ มีดังนี้

1) ข้าวสุกเผาไฟ มีรสมัน สรรพคุณคือ ดูดพิษ ดูดหนอง

2) ถูขยอเผาไฟ มีรสขมเล็กน้อย เย็น สรรพคุณคือ แก้กลิ้นไส้ อาเจียน (โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2553) บำรุงโลหิตและดี แก้อาการพิการ แก้กิดพิการ และเจริญรสอาหาร (อัม แสงปัญหา, 2507)

3) ชั่งข้าวโพดเผาไฟ มีรสมันสุก สรรพคุณคือ แก้กลิ้นไส้พิการ บำรุงไขข้อ ทำให้เกิดความอบอุ่น แก่ร่างกาย

วิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรค และวิจารณ์

สรรพคุณของตำรับยารักษาอาการร้อนใน อาการร้อนใน มีสาเหตุจากเชื้อโรคจากตัวรับ อาพาธจากพิษ วัชโรคจากตัวรับ เกิดพิษพิษ สำหรับสรรพคุณของตำรับยานี้ มีข้าวสุกเผาไฟ ถูขยอเผาไฟ และชั่งข้าวโพดเผาไฟ เมื่อนำไปต้มน้ำดื่ม จะช่วยดับพิษร้อนอันเกิดจากดี ช่วยให้เชื้อโรคจากตัวรับเป็นปกติ

2.4 ตำรับยารักษาโรคตาแดง เกสรตัวผู้ ได้แก่ ผักบุ้งแดง และน้ำข้าวข้าว โดยนำผักบุ้งแดงตำกับ น้ำข้าวข้าว ใช้น้ำหยอดตา ครั้งละ 1-2 หยด แก่ตาแดง เกสรตัวผู้ในตำรับยานี้แสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 เกสรตัวผู้ในตำรับยารักษาโรคตาแดง (ที่มา: เจตนักรรย์ อาจิสง และคณะ, 2559)

เกสรตัวผู้ และสรพคุณ มีดังนี้

1) ผักบุ้งแดง มีรสเย็น สรรพคุณคือ ถอนพิษ ยาเบื่อเมา แก่ตาฟาง ตามัว ใบตำพอกแก้พิษฝี ถอนพิษ อักเสบ (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.)

2) น้ำข้าวข้าว มีรสเย็น สรรพคุณคือ ถอนพิษ ลำแดง แก้พิษร้อนภายใน ดับพิษอักเสบและฟกบวม

การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรค และวิจารณ์ สรรพคุณของตำรับยารักษาโรคตาแดง โรคตาแดงมีสาเหตุจากอาพาธจากพิษ วัชโรคจากตัวรับ เกิดลมพัดขึ้นด้านบน ทำให้น้ำแห้ง ตาจึงแดง สำหรับสรรพคุณของตำรับยานี้ มีผักบุ้งแดงและน้ำข้าวข้าวซึ่งมีฤทธิ์เย็น จึงช่วยดับความร้อน

ภายในดวงตาได้ เมื่อความร้อนลดลง (เชื้อโรคเป็นปกติ) จะแสดงอาการที่โรคตาแดง คือ ตาไม่แดง

2.5 ตำรับยารักษาอาการแพ้อาหาร ถอนพิษ แผลง สัตว์ กัดต่อย เกสรตัวผู้ ได้แก่ เกาของระอา หรือพญาปล้องทอง และน้ำข้าวข้าว โดยนำเกาของระอาผสมกับ น้ำข้าวข้าว ใช้น้ำดื่มหรือทา นอกจากนี้ยังสามารถกันคุณไสยได้ด้วย หรือนำเกาของระอา (ภาพที่ 3 ก) ผสมข้าวดำทำยา “ข้าวหอมแม่พญาทองดำ” (ภาพที่ 3 ข) โดยนำเกาของระอา ผ่นกับน้ำข้าวข้าว อบให้แห้ง บรรจุแคปซูล รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร หรือละลายน้ำมะนาว ทาเพื่อถอนพิษแผลง สัตว์ กัดต่อย และการแพ้อาหาร ซึ่งเกาของระอาสามารถถอนพิษและกันคุณไสยได้ ดังที่

หลวงปู่พิศุ ฐมฺมจาโร อดีตเจ้าอาวาสวัดเทพธารทอง ตำบลพลวง อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี ได้กล่าวไว้ว่า อานุภาพของไม้ของระอานี้ แม้ไม่ต้องเสก ใช้เป็นยาแก้พิษ ยาเบื่อ ยาสั่ง หรืออำนาจมนตร์กระทำทางไสยศาสตร์ได้ หากพกติดตัวจะคุ้มครองให้แคล้วคลาด ปลอดภัยจาก ลมเพ ลมพัด หรือคุณผี คุณคน คุณไสยทั้งหลาย หากมี ใครโดนคุณไสย มนต์ดำ หรือยาสั่ง ฯลฯ ใช้แก้วนํ้ากิน

แช่ หรืออาบได้ หายดังปลิดทิ้งแล ทั้งนี้ หมอพื้นบ้าน โบราณกล่าวว่าเถาของระอานำมาทำยาควรมีขนาดเท่า เหยี่ยวบาทใหญ่เป็นต้นไป มีคุณสมบัติทางยาที่ดี ซึ่งเถา ที่มีขนาดใหญ่ อายุนาน จะมีสรรพคุณทางยาดีขึ้น และ หากลงแก่น คือ เนื้อไม้สีดำ จะมีคุณสมบัติทางยาดีกว่า เนื้อไม้ปกติ



(ก)

(ข)

ภาพที่ 3 ตัวยา และเภสัชวัตถุในตำรับยารักษาอาการแพ้อาหาร ถอนพิษแมลง สัตว์ กัดต่อย
[ที่มา: (ก) เจตน์จรรย์ อาจไรสง, 2561; (ข) เจตน์จรรย์ อาจไรสง และคณะ, 2559]

เภสัชวัตถุ และสรรพคุณ มีดังนี้

1) เถาของระอาน หรือพญาปล้องทอง เป็นไม้ เถากล้ายปล้องอ้อย มีรสจืดเย็น สรรพคุณคือ ถอนพิษไข้ พิษกาฬ แก้ก้อนใน ถอนพิษยาเบื่อเมา (สำนักสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.)

2) น้ำชาข้าว มีรสเย็น สรรพคุณคือ ถอนพิษ ลำแดง แก้พิษร้อนภายใน ดับพิษอักเสบและฟกบวม

การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรค และวิจารณ์ สรรพคุณของตำรับยารักษาอาการแพ้อาหาร ถอนพิษแมลง สัตว์ กัดต่อย อาการแพ้อาหาร แพ้พิษแมลง สัตว์ กัดต่อย มีสาเหตุจากการแพ้อาหาร หรือถูกพิษยาเบื่อเมา ถูกแมลง สัตว์ กัดต่อย ทำให้เกิดโรคตามกำเริบ สำหรับสรรพคุณของ ตำรับยานี้ เถาของระอามีรสจืดเย็น ผสมกับน้ำชาข้าว ซึ่งมีรสเย็น ทำให้เกิดโรคตามกำเริบเย็นลงด้วยอาโปธาตุ จึงทำให้สามารถถอนพิษไข้ พิษกาฬ แก้ก้อนใน และถอนพิษ ยาเบื่อเมาได้

2.6 ตำรับยารักษาอาการแพ้พิษจากสารเคมี เภสัชวัตถุ ได้แก่ ใบตำลึงสด และน้ำชาข้าว โดยนำใบตำลึง สดผสมกับน้ำชาข้าว ใช้ดื่มครั้งละครึ่งแก้ว หลังการสัมผัส หรือดื่มสารเคมี เพื่อถอนพิษ

เภสัชวัตถุ และสรรพคุณ มีดังนี้

1) ใบตำลึงสด มีรสหวานและเหม็นเขียว เล็กน้อย สรรพคุณคือ บรรเทาอาการแพ้ อักเสบ จากแมลง กัดต่อย หรือถูกตัวบึ้ง (โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช อันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2553)

2) น้ำชาข้าว มีรสเย็น สรรพคุณคือ ถอนพิษ ลำแดง แก้พิษร้อนภายใน ดับพิษอักเสบและฟกบวม

การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรค และวิจารณ์ สรรพคุณของตำรับยารักษาอาการแพ้พิษจากสารเคมี อาการแพ้พิษจากสารเคมีมีสาเหตุจากการแพ้สารเคมี ส่งผลให้เกิดโรคตามกำเริบ และแสดงออกที่ธาตุดิน อาจเกิด

การอาเจียน หรือเป็นรอยแผลไหม้ที่เกิดจากความร้อนภายในร่างกาย สำหรับสรรพคุณของตำรับยานี้ มีใบตำลึงสดซึ่งมีรสหวาน ผสมกับน้ำข้าวข้าวซึ่งมีรสเย็น จึงทำให้เตโชธาตุที่กำเริบเย็นลงด้วยอาโปธาตุ และวาโยธาตุลดลงเมื่อเตโชธาตุเย็นลง ทำให้ลดการอาเจียน และลดความร้อนได้ จึงสามารถถอนพิษที่เกิดจากการแพ้สารเคมีได้

2.7 ตำรับยารักษาอาการเป็นซาง ขางมี 3 ชนิด ได้แก่ ขางละ เป็นฝ้าขาวๆ ตรงโคนลิ้น ขางลม เป็นฝ้าขาวๆ ที่ลิ้นตรงปลาย และขางชุม เป็นเม็ดใสๆ ใหญ่ๆ ในลิ้น เกสซ์วัตถุ ได้แก่ หอยขมเป็นๆ (หอยขมที่ยังมีชีวิตอยู่) และน้ำข้าวข้าว การรักษาอาการเป็นซางทั้ง 3 ชนิด จะใช้เงิน 1 สลึง และหอยขมเป็นๆ ฝนกับน้ำข้าวข้าวจนกันหอยทะลุ มีน้ำดำๆ ไหลออกมา แล้วนำไปกวาดที่ลิ้นเด็ก วันละครั้งเป็นเวลา 3 วัน ติดต่อกัน ก่อนตะวันตกดิน (เจตนารมณ์อาจโรตง, อังคณา ประเสริฐศรี, และคำรณ วังศรี, 2558)

เกสซ์วัตถุ และสรรพคุณ มีดังนี้

1) หอยขมเป็นๆ มีรสจืดเย็น สรรพคุณคือ ช่วยดับพิษร้อน ถอนพิษไข้

2) น้ำข้าวข้าว มีรสเย็น สรรพคุณคือ ถอนพิษสำแดง แก้พิษร้อนภายใน ดับพิษอักเสบและฟกช้ำ

การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรค และวิจารณ์สรรพคุณของตำรับยารักษาอาการเป็นซาง อาการเป็นซางมีสาเหตุจากเตโชธาตุกำเริบ วาโยธาตุกำเริบ และอาโปธาตุพิการ สำหรับสรรพคุณของตำรับยานี้ ใช้หอยขม ซึ่งมีรสจืดเย็น ช่วยดับพิษร้อน ถอนพิษไข้ ใช้น้ำข้าวข้าว ซึ่งมีรสเย็นเช่นกัน จึงช่วยถอนพิษสำแดง แก้พิษร้อนภายใน ช่วยลดความร้อนอันเกิดจากเตโชธาตุกำเริบได้ เมื่อความร้อนลดลง ลมที่พัดขึ้นจะลดลง น้ำจึงสามารถไหลเวียนได้เป็นปกติ ธาตุดินซึ่งเป็นตัวแสดงอาการจึงเป็นปกติ คือ อาการเป็นซางจะหายไป

การวิจารณ์ตำรับยา ข้อควรระวัง มิติทางจิตวิญญาณ และการอนุรักษ์ภูมิปัญญา

1. ตำรับยาหลวงพ่อบุญ วัดปากคลองมะขามเฒ่า เป็นตำรับยาที่ดี และเป็นภูมิปัญญาที่ถูกต้องในด้านการรักษาโรค เนื่องจากเป็นตำรับยาสูตรเสมอ กล่าวคือ ใช้เกสซ์วัตถุ

เท่ากันทั้ง 3 ชนิด นอกจากนี้ เกสซ์วัตถุที่ใช้ยังสามารถเข้ากันได้ดี มีทั้งการกระตุ้นให้ออกฤทธิ์ คือ ความเผ็ดร้อนของพริกไทย การซึมซาบไปตามเส้นเอ็นและผิวหนังของข้าวสารคั่วและเกลือ จึงทำให้ตัวยาสามารถออกฤทธิ์ไปได้ทั่วสรรพางค์กาย เส้นเอ็นที่พิการจึงแข็งแรงขึ้น บำรุงเยื่อกระดูกในแห่งกระดูก ถ่ายชำระน้ำเลือดและเมือกมันในลำไส้ ขับลมให้ผายหรือเรอ จึงทำให้เลือดลมเดินสะดวก คนไข้จึงรู้สึกสบายตัว และน้ำผึ้งยังช่วยให้เจริญอาหาร เมื่อรับประทานอาหารได้ดี จะทำให้มีพลังงาน ในขณะที่เดียวกัน ช่วยบำรุงร่างกายให้แข็งแรงด้วย

ข้อควรระวัง ควรรับประทานต่อเนื่อง 3 เดือน เมื่อร่างกายแข็งแรงดีขึ้นแล้วควรหยุดรับประทาน เพราะหากรับประทานมากเกินไปอาจทำให้ขาดสารอาหารประเภทอื่นๆ และควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อความสมบูรณ์ของร่างกาย

มิติทางจิตวิญญาณ เนื่องจากตำรับยาลหลวงพ่อบุญ วัดปากคลองมะขามเฒ่า เป็นตำรับของพระที่เก่งเรื่องสมุนไพรและเวทมนตร์คาถา ดังนั้นจึงมีผลทางใจอย่างมาก เมื่อนำมาใช้ในคนไข้ชาวช่อง เพราะความเชื่อวาทำรับยามีความศักดิ์สิทธิ์ เมื่อมีการสวดคาถาขณะปรุงยาจึงมีผลด้านจิตใจว่าตนจะต้องหาย เมื่อได้รับการรักษาด้วยตำรับยาลหลวงพ่อบุญ วัดปากคลองมะขามเฒ่า ด้วยความเชื่อและศรัทธามั่น จะเป็นกำลังใจที่แข็งแกร่งให้กับคนไข้ ผลของการคิดบวกจึงทำให้เกิดโอกาสในการหายเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เพราะคนไข้มีกำลังใจที่ดี

การอนุรักษ์ภูมิปัญญา วิธีการรักษาอาการด้วยตำรับยานี้ควรอนุรักษ์ไว้ต่อไป เพราะมีผลด้านร่างกายคือ ทำให้ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ คนไข้ที่มีไขมันมากสามารถช่วยลดเมือกมันในลำไส้ได้ดี

2. ตำรับยาไกรภพ สาระกูล เป็นตำรับยารักษาอาการมือชา-เท้าชา ถือเป็นตำรับยาที่ดี และเป็นภูมิปัญญาที่ถูกต้องในด้านการรักษาโรค เนื่องจากอาการชาเป็นอาการผิดปกติของระบบประสาทรับความรู้สึก สาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากการนั่งหรือยืนในท่าเดิมเป็นเวลานาน ทำให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่ทั่วถึง มีระดับแร่ธาตุและวิตามินผิดปกติ หรืออาจมีสาเหตุจากโรคบางโรค นอกจากนี้

อาการยังเป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นบ่อยจากการใช้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี ซึ่งตำรับยานี้มีเมลิคดาและรำปลายข้าวสารที่ช่วยบำรุงเส้นเอ็น กระเทียมช่วยบำรุงธาตุ กระเจียวโลหิต เสริมด้วยน้ำผึ้ง ข้าวกลิ้ง และเมลิคถั่วเขียว ที่ช่วยบำรุงกำลัง จึงช่วยทำให้เส้นเอ็นเป็นปกติ และร่างกายได้รับแร่ธาตุและวิตามินอย่างเพียงพอ จึงทำให้ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกเป็นปกติ

ข้อควรระวัง ควรรับประทานต่อเนื่อง 1 เดือน เมื่อร่างกายแข็งแรงดีขึ้นแล้วควรหยุดรับประทาน เพราะหากรับประทานมากเกินไปอาจทำให้ขาดสารอาหารประเภทอื่นๆ และควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อความสมบูรณ์ของร่างกาย

มิติทางจิตวิญญาณ เกษัตริย์ที่ใช้ในการปรุงยาส่วนใหญ่ได้มาจากธรรมชาติ และการผลิตแบบเกษตรปลอดภัย คนไข้จึงรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในการใช้ยา

การอนุรักษ์ภูมิปัญญา วิธีการรักษาอาการด้วยตำรับยานี้ควรอนุรักษ์ไว้ต่อไป เพราะมีผลด้านร่างกายคือ ทำให้ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย

3. ตำรับยาที่มีสรรพคุณถอนพิษ กันคุณไสย เป็นตำรับยาที่ใช้รักษาอาการที่เกิดจากพิษธาตุกำเริบ ถือเป็นตำรับยาเย็นที่ดี และเป็นภูมิปัญญาที่ถูกต้องในด้านการรักษาโรค เนื่องจากตำรับยาทุกตำรับจะมียาเย็นและใช้เอาไปธาตุร่วมด้วย เพื่อดับพิษธาตุ จึงช่วยลดความร้อนได้ดี

ข้อควรระวัง ห้ามรับประทานอาหารทะเล หน่อไม้ ะอม และอาหารที่ความมาก ๆ เพราะจะทำให้แสดงโรค โดยเฉพาะโรคผิวหนัง

มิติทางจิตวิญญาณ การรักษาโรคของชาวชองมักรักษาโดยหมอพื้นบ้าน และมักมีการพน โดยใช้เวทมนตร์คาถา จึงมีผลทางใจว่าตนเองจะต้องหายเมื่อได้รับการรักษาจากหมอพื้นบ้านที่มีเวทมนตร์ รวมถึงการได้รับคำแนะนำที่ดีจากหมอพื้นบ้าน คนไข้จึงมีกำลังใจที่ดีขึ้น และพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของหมอ จึงมีโอกาสที่จะหายเร็วขึ้น

การอนุรักษ์ภูมิปัญญา วิธีการรักษาอาการต่างๆ ด้วยตำรับยาเหล่านี้ ควรอนุรักษ์ไว้ต่อไป เพราะมีผลด้านร่างกาย คือ ช่วยลดความร้อนภายในร่างกาย

กลุ่มชาติพันธุ์ของมีความเชื่อทางยาอย่างมาก ด้านสมุนไพรและเวทมนตร์คาถาในการรักษาโรค เมื่อชาวชองมีการเจ็บป่วยด้วยอาการผิดปกติต่างๆ จะได้รับการรักษาด้วยตำรับยา เช่น ตำรับยาที่มีส่วนผสมของข้าว ที่จำแนกตามสรรพคุณได้ 2 ชนิด คือ 1) ตำรับยาที่มีสรรพคุณบำรุงกำลัง เจริญธาตุ มีฤทธิ์ซึมซาบไปตามเนื้อ เป็นยาอายุวัฒนะ ลดอาการท้องอืด ช่วยฟอกโลหิต บำรุงธาตุ ทั้ง 4 ช่วยบำรุงเส้นเอ็น กระเจียวโลหิต ช่วยขับปัสสาวะ และ 2) ตำรับยาที่มีสรรพคุณถอนพิษ กันคุณไสย เป็นกลุ่มยาเย็น จึงช่วยดับพิษร้อน ถอนพิษไข้ ถอนพิษยาเบื่อเมา และกันคุณไสย ทั้งนี้ การรับประทานยาทุกตำรับ ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ร่วมด้วย เพื่อความสมบูรณ์ของร่างกาย ส่วนมิติทางจิตวิญญาณนั้น ทุกตำรับยามีผลทางจิตใจของคนไข้และญาติ เพราะคนไข้มีกำลังใจที่ดี จึงทำให้คนไข้หายป่วย สร้างความสบายใจให้แก่ญาติของคนไข้ เมื่อหายจากการเจ็บป่วย ชาวชองจะนำข้าวปลาอาหารไปทำบุญ เพื่อความเป็นสิริมงคลแก่ชีวิต ระลึกถึงครูบาอาจารย์ ครูยา หมอยา และบรรพบุรุษ ซึ่งเป็นการแสดงความกตัญญูต่อครูบาอาจารย์และบรรพบุรุษ อันเป็นอัตลักษณ์ที่สำคัญของชาวชอง ดังนั้นจึงควรอนุรักษ์ตำรับยาไว้สืบไป

เอกสารอ้างอิง

- ไกรภพ สาระกุล. (2552). *มหัศจรรย์ข้าวไทย ห่วงไกลโรคภัย สมุนไพรใกล้ตัว*. กรุงเทพฯ: ริงค์ กู๊ด.คอมสัน ทินกร ณ อยุธยา. (ม.ป.ป.). *หลักการพื้นฐานของการแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2553). *ประโยชน์ของสมุนไพรในงานสวนพฤกษศาสตร์โรงเรียน*. กรุงเทพฯ: เวิร์ค สแควร์.

เจตน์จรรย์ อางไธสง. (2561). โครงการคืนถิ่นกล้าของระอาสู่ผืนป่าโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (รายงานผลโครงการ). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก วิทยาเขตจันทบุรี.

เจตน์จรรย์ อางไธสง, พระอธิการวัชรชัย จันทโชโต, พระสีเตชพล, เงิน ผันผาย, และคำณ วังศรี. (2551). การเสริมสร้างศักยภาพและมาตรฐานการท่องเที่ยวทางวัฒนธรรม “เรือโบราณ” วัดตะเคียนทอง ตำบลตะเคียนทองกิ่งอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดจันทบุรี (รายงานผลการวิจัย). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก วิทยาเขตจันทบุรี.

เจตน์จรรย์ อางไธสง, และคณะ. (2559). การศึกษาภูมิปัญญาของชาวช่องเรือ ข้าวดำทำยากกับการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ (รายงานผลการวิจัย). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก วิทยาเขตจันทบุรี.

เจตน์จรรย์ อางไธสง, และคณะ. (2560). อัตลักษณ์ทางสังคมและวัฒนธรรม “ชาวช่อง-ชาวซำเร” ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย-กัมพูชา (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม.

เจตน์จรรย์ อางไธสง, อังคณา ประเสริฐศรี, และคำณ วังศรี. (2558). กลวิธีการสื่อสารภูมิปัญญาการรักษาโรคแบบของระหว่างหมอฟันบ้านกับผู้สืบทอดภูมิปัญญา (รายงานผลการวิจัย). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก วิทยาเขตจันทบุรี.

วิไลดา สินทร, วรัญญา จตุพรประเสริฐ, มาลิน จุลศิริ, และกนกวรรณ จารุกัจจ. (2557). ศักยภาพการดำเนินปฏิกิริยาออกซิเดชันในหลอดทดลองของข้าวสีพันธุ์ไทย. วารสารเกษตรศาสตร์อีสาน, 9(พิเศษ), 164.

สถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (2559). รายงานผลการทดสอบข้าวกล้อง. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

สมเจตน์ แก้วแกมกาญจน์. (2557). ข้าวแม่พญาทองดำ. สัมภาษณ์. 11 ธันวาคม 2557.

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ. (ม.ป.ป.). ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม. (เอกสารอัดสำเนา).

หลวงพ่อบุช วัดปากคลองมะขามเฒ่า. (ม.ป.ป.). ตำรายาสมุนไพร หลวงพ่อบุช วัดปากคลองมะขามเฒ่า. (เอกสารอัดสำเนา).

อัม แสงปัญญา. (2507). คำบรรยายวิชาเภสัชแพทย์แผนโบราณ เล่ม 1 ประจำเดือนพฤษภาคม. (เอกสารอัดสำเนา).

การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล Risk Management in High Alert Drug Use among Nursing Students

ปราณิต จงพันตนิมิตร, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *

Pranit Jongpantanimitt, M.N.S. (Nursing Administration) *

ในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างมีความคาดหวังสูงทั้งในเรื่องคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัย องค์การในระบบสุขภาพทั้งของต่างประเทศและประเทศไทยจึงยึดหลักเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety goal) โดยเฉพาะในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งทำให้เกิดอันตรายถึงขั้นผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากมีการใช้ผิดพลาด ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเป็นอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยพบเป็นอันดับสูงสุดของความคลาดเคลื่อนในประเทศอังกฤษ คิดเป็นร้อยละ 50.01 (Cousins, Gerrett, & Warner, 2012) ส่วนในประเทศไทย พบเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 22.50 ของอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาววัฒน, และปรีชา มณฑกานติกุล, 2552) ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับทีมการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับการประกันคุณภาพโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สถาบันการศึกษาที่เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทั่วประเทศ มุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนที่สอดแทรกความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทั้งนี้พบว่ามีอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง โดยขาดระบบการป้องกันความผิดพลาดจากการบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูงที่ชัดเจน การรวบรวมอุบัติการณ์ที่ไม่ต่อเนื่อง และมีปัญหาความเสี่ยงที่พบระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติในการให้ยาผิดพลาด

เช่น ขาดการระบุตัวตนที่ถูกต้อง การให้ยาผิดคน การให้ยาผิดชนิด การให้ยาผิดขนาด การให้ยาผิดทาง การจัดเตรียมยาไม่ถูกต้องปราศจากเชื้อ (ยงยุทธ แก้วเต็ม, 2556) ดังนั้นในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาโดยมีการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงให้ปลอดภัย ผู้เขียนจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาการเรียนการสอนให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น บทความนี้จึงนำเสนอการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล โดยประยุกต์กับกรอบแนวคิดการพัฒนาการจัดการศึกษาด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Quality and Safety Education for Nurses: QSEN) (Hudson, Lewis, Stokes, & Yarbrough, 2014) เน้นให้นักศึกษาพยาบาลมีการปฏิบัติ การพยาบาลด้านความปลอดภัย (safety) เพื่อพัฒนา ด้านความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) และทัศนคติ (attitude) ในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง รวมถึงบทบาทอาจารย์ผู้สอนในการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล โดยปลูกฝังแนวคิดจนเกิดเป็นวัฒนธรรมการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ชั้นปีแรกจนสิ้นสุดการศึกษา สำคัญได้แก่ การเชื่อมโยงทฤษฎีสู่การปฏิบัติ การสอนการคำนวณยา การเพิ่มระดับประสบการณ์ในการบริหารยาให้ปลอดภัย ตั้งแต่ขั้นพื้นฐานจนถึงการให้ยากลุ่มเสี่ยงสูง การพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยา การใช้หลักการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด (reflection) และการตัดสินใจทางคลินิก

* พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

การเพิ่มประสิทธิภาพเรื่องการติดต่อสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเรื่องยากกลุ่มเสี่ยงสูงและการจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาล เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยใช้หลักประกันคุณภาพโรงพยาบาล อันประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลและติดตามความเสี่ยง

ความหมายของยากกลุ่มเสี่ยงสูง

ยากกลุ่มเสี่ยงสูง (high alert drugs: HAD) หมายถึง ยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อผู้ป่วยที่รุนแรงหากเกิดความผิดพลาดในการให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดจากความผิดพลาดในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การจ่ายยา จนถึงการใช้ยา ต้องมีการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (sentinel event alert) จากรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลศิริราช ที่รวบรวมจากเอกสารอ้างอิงและรายงานอุบัติการณ์ด้านยาที่ผ่านมา พบว่ายาที่ทุกหน่วยงานต้องเฝ้าระวังมีจำนวน 11 รายการ ได้แก่ 1) adrenergic agonist 2) กลุ่มยาโรคหัวใจ 3) calcium IV 4) digoxin 5) heparin, low molecular weight heparin 6) insulin 7) magnesium IV 8) opioids 9) potassium injection 10) warfarin tablet และ 11) neuromuscular blocking agents (วิภา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550; คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลศิริราช, 2560; โรงพยาบาลราชวิถี, 2560) ดังตัวอย่างสถานการณ์ยากกลุ่มเสี่ยงสูงที่ใช้อย่างผิดและเกิดความผิดพลาดจากการให้ยา สถานการณ์ที่ 1 แพทย์มีคำสั่งให้ On NSS 100 cc + RI 10 u iv drip 5 cc/hr พยาบาลรับคำสั่งแผนการรักษาถูกต้อง แต่เขียนป้าย iv fluid และบันทึกทางการพยาบาลเป็น NSS 100 cc + RI 100 u iv drip 5 cc/hr ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สถานการณ์ที่ 2 พยาบาลคนที่ 1 หยิบ syringe บรรจุสารน้ำที่ไม่มีสติ๊กเกอร์ติดอยู่ นำไป flush NSS lock เพราะคิดว่า syringe ที่หยิบมาเป็น NSS แต่ทราบจากพยาบาลคนที่ 2

ว่าใน syringe เป็น 50% MgSO₄ 4 ml ทำให้ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ จากสถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และป้องกันอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้จากการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ง่ายและเป็นอันตรายร้ายแรงต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบแนวคิด QSEN

ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาการจัดการศึกษาด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (QSEN) สมรรถนะการพยาบาลในด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและความปลอดภัย ถูกบรรจุให้เป็นสมรรถนะสำคัญของวิชาชีพพยาบาล และเน้นให้มีการจัดการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรี พยาบาลที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาต้องผ่านการประเมินสมรรถนะด้านคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นทักษะความสามารถพื้นฐานทางคลินิก เพื่อกำหนดเป้าหมายมุ่งให้วิชาชีพพยาบาลยึดมั่นผูกพันในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยเพิ่มขึ้น ที่ผ่านมา การศึกษาทางการพยาบาลในเรื่องความปลอดภัย มักถูกอภิปรายกันเฉพาะหัวข้อที่เน้นการป้องกันความผิดพลาดจากการใช้ยาทั่วไป หากได้มีการนำประเด็นความผิดพลาดจากการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูงมาอภิปรายร่วมด้วย จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาล ตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูง ทั้งนี้ การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูงประกอบด้วยด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านทัศนคติ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูง (core knowledge of risk management for safeguarding high alert drugs) เป็นองค์ประกอบที่เป็นความรู้เฉพาะด้านของบุคคล ประกอบด้วย 1) สามารถอธิบายสาเหตุของความเสียหายและวางแผนการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ยากกลุ่มเสี่ยง

สูง รวมถึงเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีความปลอดภัย 2) สามารถอธิบายและแบ่งประเภทความเสี่ยงตามระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ และ 3) สามารถอธิบายกระบวนการและสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาความผิดพลาดจากการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง (root cause analysis: RCA / failure mode and effect analysis: FMEA) และแนวทางป้องกันอันตรายจากการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงที่ปฏิบัติเหมือนกันคือ การ double check ชื่อผู้ป่วย ชนิดและขนาดของยาการเก็บแยกยาไว้ในที่เข้าถึงได้ยากการทาสัญลักษณ์เตือนให้ระวัง ซึ่งยาในแต่ละกลุ่มที่ใช้บ่อยมีแนวทางการปฏิบัติที่แตกต่างกันไป ดังนี้

1.1 ยากลุ่ม adrenergic agonist การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มนี้ มีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญคือ 1) หากให้ IV infusion ควรใช้ infusion pump 2) ระวังการสับสนระหว่าง dobutamine กับ dopamine 3) ห้ามให้ร่วมกับ sodium bicarbonate หรือสารละลายที่เป็นด่าง 4) บันทึก BP, HR และ EKG ทุก 1 ชั่วโมงขณะให้ยา และ 5) ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีต เพียว

1.2 ยากลุ่ม heparin, low molecular weight heparin การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มนี้ มีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญคือ 1) ระวังการหยาบสลับกับ insulin 2) ควรหลีกเลี่ยงการฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ เนื่องจากอาจทำให้เกิดก้อนเลือด (hematoma) 3) ติดตาม BP, HR และ Neuro signs 4) ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดเลือดดำเลือดออกง่าย และ 5) ติดตามผลการทดสอบการแข็งตัวของเลือด (activated partial thromboplastin time: aPTT) ตามแผนการรักษา

1.3 ยากลุ่ม insulin การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มนี้ มีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญคือ 1) ไม่เขียนคำย่อ “U” เพราะอาจดูเหมือนเลขศูนย์ ควรใช้คำ “unit” แทน 2) ขนาดยาเริ่มต้นของ regular insulin ที่แนะนำคือ 0.20-0.40 units/kg/day โดยแบ่งฉีด 3) ระวังการหยาบสลับกับ heparin 4) หากต้องบริหารยาแบบ IV infusion ควรใช้ infusion pump 5) ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

ของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตามแผนการรักษา และ 6) ฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ชีตลง ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (เด็ก < 60 mg/dl ผู้ใหญ่ < 70 mg/dl)

1.4 ยากลุ่ม potassium injection การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มนี้ มีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญคือ 1) ห้ามให้ IV push หรือ IV bolus 2) ต้องเจือจางกับสารน้ำ (D5W, NSS) ก่อนให้ผู้ป่วยเสมอ โดยมีความเข้มข้นที่ให้ทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ เช่น $KCl \leq 100 \text{ mEq/L}$ และ $K_2HPO_4 \leq 30 \text{ mEq/L}$ 3) ระวังการเกิดยารั่วออกนอกหลอดเลือด (extravasation) เพราะอาจทำให้เกิดเนื้อเยื่อตายได้ โดยเฉพาะที่ใช้ความเข้มข้นสูงกว่า 0.10 mEq/ml 4) ฝ้าระวังภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว (muscle cramps) อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นช้า เต้นไม่สม่ำเสมอหรือเต้นผิดจังหวะ EKG ผิดปกติ (peaked T waves, depressed ST segment, prolonged QT segments, QRS widening, loss of P waves)

2. ด้านทักษะการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยา กลุ่มเสี่ยงสูง (core skill of risk management for safeguarding high alert drugs) หมายถึง ความสามารถหรือสิ่งที่บุคคลกระทำได้ดี ประกอบด้วย 1) ใช้เทคโนโลยีมาตรฐานการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา กลุ่มเสี่ยงสูง เช่น พัฒนาทักษะการคำนวณยา การใช้ application เกี่ยวกับการบริหารยา 2) พัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ระดับเหตุการณ์เกือบเกิดอุบัติเหตุ (near miss) อย่างเป็นระบบ และมีการสื่อสารเพื่อลดความผิดพลาด และ 3) มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ความเสี่ยง และออกแบบพัฒนาระบบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงได้

3. ด้านทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยา กลุ่มเสี่ยงสูง (core attitude of risk management for safeguarding high alert drugs) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ความคิดรวบยอดที่นำไปสู่การกระทำ การแสดงพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งที่บุคคล

เชื่อว่าตนเองทำได้สำเร็จ ประกอบด้วย 1) เห็นคุณค่าของมาตรฐานและความปลอดภัยในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง 2) ตระหนักถึงบทบาทตนเองในการบริหารความเสี่ยงหรือความผิดพลาดได้สำเร็จในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง และ 3) ตระหนักถึงคุณค่าของการเชื่อมโยงความปลอดภัยไปสู่การปฏิบัติ

บทบาทอาจารย์ผู้สอนในการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยา กลุ่มเสี่ยงสูง

อาจารย์ผู้สอนมีบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงหลายประการ ดังนี้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2554; Lewis & Lamb, 2011; Fleming, Brady, & Malone, 2014; Fothergill Bourbonnais & Caswell, 2014) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการจัดการเรียนการสอน เรื่อง การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง

บทบาท อาจารย์ผู้สอน	นักศึกษา	แนวทางการจัดการเรียนการสอน
1. การเชื่อมโยง ทฤษฎีสู่ การปฏิบัติ	ชั้นปีที่ 1	วางพื้นฐานความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเภสัชวิทยา อันเป็นการสร้างความรู้และฐานความคิดเกี่ยวกับการใช้ยาในระยะเริ่มต้น
	ชั้นปีที่ 2	- เน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และบูรณาการเชื่อมโยงความรู้สู่การเรียนรู้ในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ - กระตุ้นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ near miss ซึ่งหมายถึงอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย ให้มากขึ้น
	ชั้นปีที่ 3	- สอนเรื่องยากลุ่มเสี่ยงสูงทางคลินิก โดยเชื่อมโยงความรู้สู่การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย - ปลูกฝังให้มองปัญหาความเสี่ยงเชิงระบบ
	ชั้นปีที่ 4	- เน้นการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงเป็นสำคัญ - ฝึกวิเคราะห์ RCA / FMEA - เพิ่มกระบวนการเรียนรู้แบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง เช่น การเรียนรู้จากสภาพจริง (authentic learning) โดยใช้กรณีตัวอย่าง (case studies)
2. ด้าน การคำนวณยา	ชั้นปีที่ 1	สอนการคำนวณยาพื้นฐาน การใช้เศษส่วน เปอร์เซ็นต์ และอัตราส่วน การเรียงลำดับค่าของเลขจากน้อยไปมาก โดยใช้วิธีการปรับส่วนให้เท่ากัน การแปลงหน่วยให้ใหญ่ขึ้นหรือเล็กลง เช่น มิลลิกรัม กรัม มิลลิกรัม ไมโครกรัม
	ชั้นปีที่ 2-4	เพิ่มความรู้เกี่ยวกับเปอร์เซ็นต์หรือสัดส่วนของขนาดยากลุ่มเสี่ยงสูง และนำประสบการณ์การคำนวณมาต่อยอดในการฝึกปฏิบัติจริงทางคลินิก โดยใช้เทคนิคที่ง่าย ไม่ซับซ้อน และไม่มีขั้นตอนมากเกินไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางการคำนวณ และง่ายต่อการปฏิบัติ

บทบาท อาจารย์ผู้สอน	นักศึกษา	แนวทางการจัดการเรียนการสอน
3. เพิ่มระดับ ประสบการณ์ ในการบริหาร ยาให้ปลอดภัย โดยใช้หลัก 10 R	ชั้นปีที่ 1	- ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการบริหารยาอย่างปลอดภัย โดยใช้หลัก 10 R ได้แก่ 1) คนที่จะรับยาถูกคน (right patient) 2) ชนิดของยาที่จะให้ถูกต้อง (right drug) 3) วิธีการให้ถูกต้อง (right route) 4) ให้ยาได้ถูกต้องตามเวลา (right time) 5) ขนาดของยาที่ให้ถูกต้อง (right dose) 6) บันทึกถูกต้อง (right documentation) 7) กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรับยา ต้องให้คำอธิบายถึงผลที่เกิดขึ้นจากการไม่รับยาให้ผู้ป่วยทราบ (right to refuse) 8) ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการให้ยา (right history and assessment) 9) มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องปฏิกิริยาต่อกันของยา (right drug-drug interaction and evaluation) และ 10) ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่องยาที่ต้องได้รับ (right to education and information) - ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการให้ยา เช่น ยารับประทาน ยาใช้เฉพาะที่ - ฝึกแปลความหมายของคำย่อที่เป็นสากล และคำย่ออันตราย ให้เป็นภาษาไทยที่ถูกต้อง
	ชั้นปีที่ 2	ฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง และชั้นกล้ามเนื้อ
	ชั้นปีที่ 3-4	ฝึกทักษะการให้ยากลุ่มเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ เช่น insulin, KCl, dopamine, heparin, warfarin
4. พัฒนา การบริหาร ความเสี่ยง ในการใช้ ยากลุ่มเสี่ยงสูง	ชั้นปีที่ 1	มุ่งเน้นความรู้ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์เบื้องต้นเกี่ยวกับทฤษฎีทาง การพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การสังเกตการสื่อสาร ที่ผิดพลาดในทีมสุขภาพ การฝึกค้นหาความเสี่ยงในการใช้ยา โดยเฉพาะ หมวดมูยาที่ต้องเฝ้าระวังกลไกการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือการบริหารยาผิดพลาด
	ชั้นปีที่ 2	เน้นเรื่องความถูกต้องในการชั่งตัวผู้ป่วย กลยุทธ์หรือเทคโนโลยี ความปลอดภัยที่ลดการใช้ความจำ ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา โดยใช้นวัตกรรม เช่น การออกแบบ protocols และ checklist เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง
	ชั้นปีที่ 3	เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองด้านการบริหาร ความเสี่ยงให้มีความเข้าใจ และตระหนักในการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัย อย่างต่อเนื่อง

บทบาท อาจารย์ผู้สอน	นักศึกษา	แนวทางการจัดการเรียนการสอน
	ชั้นปีที่ 4	ฝึกการเป็นหัวหน้าทีม พัฒนาภาวะผู้นำ และฝึกสร้างรูปแบบการวิเคราะห์ RCA / FMEA วางระบบการรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบยากลุ่มเสี่ยงสูง ซ้ำก่อนจะถึงตัวผู้ป่วย การสร้างสรรค์นวัตกรรมและงานวิจัยเพื่อเป็นฐาน สำหรับการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทันสมัย และ ตอบสนองได้ทันเหตุการณ์
5. เน้นการใช้ หลักการเรียนรู้ แบบสะท้อนคิด และการตัดสินใจ ทางคลินิก	ชั้นปีที่ 1-4	ฝึกการใช้คำถามในการสะท้อนคิด รวมถึงการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (active listening) และการใช้คำถามกระตุ้น (asking question) จากประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติทางคลินิกด้านการให้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ให้ผู้เรียน ได้ร่วมกิจกรรมและได้กระทำหรือปฏิบัติในการเรียนนั้นด้วยตนเองให้ มากที่สุด (active learning) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ มีการเสริมแรง และ ทำให้มีทัศนคติต่อการบริหารระบบความเสี่ยงในทางบวกมากขึ้น
6. เพิ่ม ประสิทธิภาพ เรื่องการติดต่อ สื่อสาร	ชั้นปีที่ 1-4	ฝึกการอ่านชื่อยา การรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ หรือตัวอย่างภาพ scan ลายมือคำสั่งการรักษาของแพทย์ เพื่อฝึกความคุ้นเคยในการวิเคราะห์ การทำ ความเข้าใจคำย่อที่เป็นสากล โดยการ pre-post conference และทวนสอบ ความถูกต้องก่อนการให้ยา เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารทั้งการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียนของนักศึกษา เพิ่มความมั่นใจในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เรื่องยา และพัฒนาการสื่อสารในทีมการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
7. จัดทำคู่มือ การบริหาร ความเสี่ยง ในการใช้ ยากลุ่มเสี่ยง ของนักศึกษา พยาบาล	ชั้นปีที่ 1-4	จัดทำคู่มือที่จะนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม และชุมชน โดยเนื้อหาประกอบด้วยแนวทางการจัดการด้านการบริหาร ความเสี่ยง การประยุกต์ประเด็นด้านความปลอดภัยในการให้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ที่อาจารย์และนักศึกษามีประสบการณ์จริงในการฝึกปฏิบัติ การรวบรวม อุบัติการณ์ การวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาร่วมกัน โดยกระตุ้น ให้นักศึกษามีส่วนร่วมและหาแนวทางแก้ปัญหา มีการปรับปรุงและพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

แนวทางการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง (risk identification) แนวทางในการรวบรวมข้อมูลทำได้หลายวิธี เช่น 1) การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น ได้แก่ บันทึกประจำวันต่างๆ เอกสารรายงานหรือบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง การประชุมกลุ่มอาจารย์เกี่ยวกับปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วยหรือแหล่งฝึกต่างๆ สถานการณ์อุบัติการณ์ความเสี่ยง คำร้องเรียนของผู้รับบริการ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง 2) การเรียนรู้จากผู้อื่น ได้แก่ การศึกษาและวิเคราะห์ระบบการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของหอผู้ป่วยหรือจากแหล่งฝึกต่างๆ 3) การวิเคราะห์ช่องโหว่ในการฝึกปฏิบัติงาน ได้แก่ การเดินสำรวจตามเตียง (round bedside) การตามรอย (tracing) กระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรค หัตถการ และการตรวจพิเศษต่างๆ การนิเทศทางคลินิก 4) การเฝ้าระวังไปข้างหน้า ได้แก่ ดัชนีชี้วัดความเสี่ยง (key risk indicator: KRI) ที่สะท้อนแนวโน้มความเสี่ยง เช่น อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยากลุ่มเสี่ยงสูงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ การเฝ้าระวังควรเน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และเฝ้าระวังเหตุการณ์ได้ตั้งแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย ซึ่งกรณีศึกษาจากการฝึกปฏิบัติทางคลินิกส่วนใหญ่พบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการบริหารยาเป็นประเภทความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงาน ปัญหาที่พบได้แก่ 1) การให้ยาผิดคน ขาดการ identify โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ย้ายเตียงหรือย้ายห้อง 2) การขาดข้อมูลที่จำเพาะของผู้ป่วย เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง การวินิจฉัยโรค ประวัติการแพ้ยา และยาที่ใช้ในปัจจุบัน 3) การให้ยาในอัตราที่ไม่ถูกต้อง ประสิทธิภาพการใช้ infusion pump 4) การลืมให้ยา การให้ยาไม่ครบ 5) การให้ยาผิดขนาด ขาดประสิทธิภาพ/ความรอบคอบในการคำนวณยา เนื่องจากยามีหลายรูปแบบทั้งขนาดและความเข้มข้นของยา การแปลงหน่วยผิด 6) การสื่อสาร เช่น รับคำสั่งปากเปล่าหรือทางโทรศัพท์ที่ไม่ชัดเจน ลายมือ

อ่านไม่ออก 7) ยาที่มีชื่อคล้ายคลึงกันหรือฟังเสียงกัน (sound alike) สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน เช่น วางยาต่างชนิดที่บรรจุในขวดลักษณะคล้ายกันไว้ใกล้กัน (look alike) มีเสียงรบกวน ขาดสมาธิในการเตรียมยา จากกรณีศึกษาดังกล่าว นำมาจัดทำบัญชีความเสี่ยง (risk profile) และมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นที่ 2 การประเมินความเสี่ยง (risk assessment) คือ การนำข้อมูลจากบัญชีความเสี่ยงมาจัดระดับความเสี่ยง โดยความรุนแรงมีตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับมากที่สุด ซึ่งอาจนำไปสู่อันตรายร้ายแรงหรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลควรมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการประเมินความเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา กลุ่มเสี่ยงสูงให้มีความปลอดภัย โดยในการประเมินความเสี่ยงนั้น ควรฝึกทำตารางจัดลำดับความเสี่ยง หรือ “risk matrix” โดยพิจารณาจากโอกาสที่เกิด (likelihood) ที่มีการให้คะแนน 1-5 ซึ่งหมายถึง มีโอกาสเกิดน้อยมาก เกิดน้อย เกิดปานกลาง เกิดสูง และเกิดสูงมาก ตามลำดับ และผลกระทบ (impact) ที่มีการให้คะแนน 1-5 ซึ่งหมายถึง มีผลกระทบน้อยมาก น้อย ปานกลาง สูง และสูงมาก ตามลำดับ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2554) ทั้งนี้ การจัดระดับความรุนแรงเป็นระดับ A-I โดยเรียงลำดับความรุนแรงจากน้อยไปมาก แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) category A ไม่มีความคลาดเคลื่อน 2) category B มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย ยายังไม่ถึงตัวผู้ป่วย category C ผู้ป่วยได้ใช้ยาแล้ว แต่ไม่ต้องการรักษา และไม่เกิดอันตราย และ category D จำเป็นต้องเริ่มการเฝ้าติดตามดูแลผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย 3) category E เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เกิดความพิการ แต่เป็นเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องให้การรักษาหรือแก้ไข category F ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล หรือยืดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล category G เกิดอันตรายหรือความพิการอย่างถาวรต่ออวัยวะบางส่วนของผู้ป่วย และ category H เกิดอันตรายจนเกือบเสียชีวิต และ 4) category I ผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งนี้ควรให้นักศึกษาฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษาจากประสบการณ์จริงแล้วนำมาคำนวณระดับความเสี่ยง โดยระดับความเสี่ยง = ระดับโอกาส x ระดับผลกระทบ

ของความเสียง เช่น การให้ยา insulin ไม่ตรงตามเวลา มีโอกาสเกิดขึ้นบ้าง ให้คะแนน 3 และระดับผลกระทบ ความรุนแรงอยู่ใน category D จำเป็นต้องเริ่มการเฝ้าติดตาม ดูแลผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตราย ให้คะแนน 2 ดังนั้น ระดับ ความเสียง = $3 \times 2 = 6$ คะแนน (เป็นความเสียงที่สามารถ ควบคุมได้ และยอมรับได้) โดยระดับความเสียงคงเหลือ ที่ยอมรับได้ต้อง ≤ 9 คะแนน

ขั้นที่ 3 การจัดการกับความเสียง (risk management planning) โดยใช้กลยุทธ์ 4T ได้แก่ 1) การยอมรับ (take) คือ การสร้างระบบเฝ้าระวัง หากเกิดปัญหา ให้แก้ไขไปตาม สถานการณ์ 2) การลดผลกระทบ (treat) คือ การหลีกเลี่ยง การดำเนินการแบบเดิมรูปแบบ ดำเนินการเป็นโครงการ นำร่อง 3) การหลีกเลี่ยง/กำจัด (terminate) คือ เปลี่ยนวิธีการ หรือใช้วิธีการอื่นเพื่อหลีกเลี่ยงความเสียง และ 4) การถ่ายเท (transfer) คือ การดำเนินการให้ผู้อื่นรับผิดชอบแทน จากกรณีศึกษาการฝึกปฏิบัติทางคลินิก มีการทบทวน อุบัติการณ์ การจัดการแก้ไขเบื้องต้น การป้องกันการเกิด อุบัติการณ์ซ้ำ โดยมุ่งเน้นการแก้ไขที่ระบบและกระบวนการ ไม่กล่าวโทษหรือตำหนิบุคคล ฝึกการวิเคราะห์ RCA การทำแผนภูมิแก๊งปลา (fish-bone diagram) เมื่อเกิด ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยากลุ่มเสียงสูงความรุนแรง ตั้งแต่ระดับ B ขึ้นไป ให้วิเคราะห์ RCA โดยมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดทีมให้นักศึกษาพยาบาลมีส่วนร่วม ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสียง การบริหารจัดการ ความเสียงกับอาจารย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้จัดการ ความเสียงของหอผู้ป่วย 2) การระบุปัญหา 3) การศึกษา ปัญหา 4) การค้นหาสาเหตุเบื้องต้น 5) การค้นหารากเหง้า ของปัญหา และ 6) การออกแบบและแก้ไขปรับปรุงระบบ (ดุสิต สดาวร, 2554; อภิรติ นันท์สุภวัฒน์, 2560) จากกรณี ศึกษาการฝึกปฏิบัติทางคลินิก จากกรณีศึกษาปัญหา โดยใช้กลยุทธ์ในการยอมรับความเสียง มีดังนี้ 1) การให้ ยาผิดคน ขาดการระบุตัวตนโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ย้ายเตียง หรือย้ายห้อง อาจารย์นิเทศหรือพยาบาลที่เลี้ยงควรติดตาม กระตุ้นเตือนให้เห็นความสำคัญของการตรวจสอบชื่อ ทุกครั้ง เมื่อให้ยาแล้วต้องเซ็นชื่อ การ double check ยาก่อนนำไปให้ผู้ป่วย เมื่อมีการย้ายเตียงหรือย้ายห้อง

ให้มีการสื่อสารในทีม และย้ายเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเฉพาะใบให้ยาทันที และควรมีฉลากยาที่เดิมหรือ เตรียมยาอย่างครบถ้วน เช่น ชื่อผู้ป่วย เติง ชื่อยา ความแรงที่เตรียมหรือเดิม เวลาที่เตรียม และวันหมดอายุ 2) การให้ยาในอัตราที่ไม่ถูกต้อง ประสิทธิภาพการใช้ infusion pump ซึ่งควรฝึกทักษะตั้งแต่ก่อนนักศึกษา ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ทั้งด้านเทคนิค วิธีการใช้ และ รายการยาที่ต้อง drip ผ่านเครื่อง เช่น dopamine, dobutamine, insulin drip, heparin, adrenaline, nitroglycerine, potassium chloride รวมถึงตรวจสอบ ความถูกต้องของอัตราการให้ยา และติดตามอาการหลัง ให้ยาเป็นระยะ พัฒนาเป็น smart pump ที่ได้จากการคำนวณยาในอัตราต่ำสุดและสูงสุดที่ยอมรับได้ ตามมาตรฐานการให้ยากลุ่มเสียงสูง ซึ่งแนวทางการบริหาร ยากลุ่มเสียงสูงสรุปได้ดังนี้ 1) recheck / double check คำสั่งการรักษากับใบบันทึกการให้ยา (medication administration record: MAR) โดยให้คนหนึ่งเป็น ผู้จัดเตรียม และอีกคนหนึ่งเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ของชื่อยา ความเข้มข้นของยา และอัตราความเร็ว ก่อนที่จะ ให้ยาแก่ผู้ป่วย 2) อ่านฉลากยา 3 ครั้ง ก่อนให้ยา ได้แก่ ก่อนหยิบยา ก่อนเตรียมยา และก่อนให้ยา 3) identify ผู้ป่วยก่อนให้ยา 4) ลงชื่อที่ใบให้ยา และเซ็นชื่อพยาบาล ผู้ให้ยาตามเวลาที่ให้จริง 5) ยากลุ่มเสียงสูงชนิด drip ต้องใช้ infusion pump เท่านั้น 6) recheck เครื่องและ ความถูกต้องของยาที่ให้ หลังให้ยา 5-10 นาที และ 7) เฝ้าระวังอาการผิดปกติหลังให้ยากลุ่มเสียงสูง (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารักษ์ สมรูป, 2550; ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2552; ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2555)

ขั้นที่ 4 การประเมินผลและติดตามความเสียง (monitoring and review) โดยการประเมินประสิทธิผล ของระบบบริหารความเสียงที่นำไปปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น โดยมาตรฐานผลลัพธ์คุณภาพของบริการพยาบาลคือ ผู้ป่วย ปลอดภัยจากความเสียง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้หลัก PDCA เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพ

ของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา โดยการกำหนด วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ มีการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุง การดูแลผู้ป่วยพบทบทวนอาจารย์ผู้สอนในการบริหารความเสี่ยง ในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ประกอบด้วย การให้ความรู้เชิงเนื้อหา และการพัฒนาทักษะโดยให้นักศึกษาทดลองปฏิบัติ ในห้องเรียน แล้วจึงนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการฝึก ปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย โดยอาจารย์ต้องมีการนิเทศ ติดตาม ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนนักศึกษาทั้งด้าน ความรู้ การให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา ในการปฏิบัติงานจริง โดยควรมีการประเมินเป็นระยะ เพื่อนำผลการประเมินไปปรับปรุงการบริหารความเสี่ยง ในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงต่อไป

แนวทางการประเมินนักศึกษาพยาบาลในการบริหาร ความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง

การประเมินนักศึกษาพยาบาลในการบริหารความเสี่ยง ในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง มีแนวทางดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการใช้ ยากลุ่มเสี่ยงสูง

อาจารย์ผู้สอนควรประเมินความรู้ของนักศึกษา เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันอันตรายจากการใช้ยากลุ่มเสี่ยง สูงแต่ละกลุ่ม และประเมินความสามารถในการคำนวณยา (Drug Calculation Ability Test: DCAT) เพราะการคำนวณ ยาเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากพบว่านักศึกษา มักมีการคำนวณ ยาผิดพลาด โดยสามารถนำสถานการณ์ของกรณีศึกษาจริง ในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงมาทดสอบ ซึ่งการประเมินมีหลาย รูปแบบ เช่น การสอบ pre-post test การตอบคำถามสั้น ๆ การสอบ OSCE การพัฒนาโปรแกรมทดสอบการคำนวณยา (eDrugCalc) ซึ่งประกอบด้วย การแปลงหน่วย การคำนวณ ขนาดยา น้ำยาฉีด และอัตราความเร็วในการให้ยาชนิด drip (McMullan, Jones, & Lea, 2010) เช่น ผู้ป่วย น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ต้องการได้รับยา dopamine 10 mcg/kg/min จะต้อง drip ที่ ml/hr วิธีคิดคือ ผู้ป่วย จะต้องได้รับยาจำนวน $10 \times 60 = 600 \text{ mcg/min} = 0.60$

mg/min โดยยา dopamine 2 mg อยู่ในสารละลาย dopamine 1 ml ดังนั้น ด้วยยา dopamine 0.60 mg จึงอยู่ในสารละลาย dopamine $1 \times 0.60 = 0.30 \text{ ml}$ ซึ่งใน 1 นาที ผู้ป่วยจะได้รับยา 0.30 ml ดังนั้น ใน 1 ชั่วโมง (60 นาที) จึงต้องได้รับยา $0.30 \times 60 = 18 \text{ ml}$ ทั้งนี้ ควรปรับระดับความยากง่ายของแบบทดสอบตามความรู้ และความสามารถของนักศึกษาแต่ละชั้นปี และมีการให้ คำแนะนำป้อนกลับแก่นักศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ที่ชัดเจน และมีความมั่นใจมากขึ้นเมื่อไปปฏิบัติงานจริง

2. ด้านทักษะการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยา กลุ่มเสี่ยงสูง

อาจารย์ผู้สอนควรประเมินความสามารถของ นักศึกษาในการวิเคราะห์หุ้บัตการณเฉพาะกรณีเกี่ยวกับ ระบบการจัดการความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง และ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติที่ครอบคลุมขั้นตอนทั้ง 4 ขั้น ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยงว่าเกิดจากสาเหตุอะไร 2) การประเมินความเสี่ยงว่าอยู่ในระดับใด 3) การจัดการ ความเสี่ยงที่ใช้วิธีการใดได้บ้าง สามารถเลือกวิธีการได้เหมาะสม กับสถานการณ์ความเสี่ยงหรือไม่ และ 4) การประเมินผล การจัดการความเสี่ยง โดยชี้แนะให้นักศึกษาเข้าใจทุกขั้นตอน ของการบริหารความเสี่ยงอย่างถูกต้องและครอบคลุม มากขึ้น กระตุ้นให้คิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ที่ได้ปฏิบัติมาแล้ว ร่วมกันสรุปประเด็นการบริหารความเสี่ยง ที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง และประเด็นที่ควรปรับปรุง พร้อมทั้ง สรุปวิธีการที่จะนำไปปฏิบัติอย่างชัดเจน โดยใช้แบบประเมิน การรับรู้ความสามารถของตนเองที่พัฒนาจากแนวคิดของ Bandura (1997) ตัวอย่างคำถาม เช่น 1) เมื่อวางแผน การบริหารความเสี่ยงไว้ มีความมั่นใจว่าจะสามารถทำตาม แผนที่ตั้งไว้ 2) เข้าใจบทบาทหน้าที่ของการมีส่วนร่วม ในการบริหารความเสี่ยง 3) เมื่อใดที่ตั้งเป้าหมายสำคัญ ในการบริหารความเสี่ยงไว้กับตนเองแล้ว จะทำงานประสพ ความสำเร็จตามเป้าหมาย 4) เมื่อมีความเสี่ยงหรือปัญหา ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น จะพยายามจัดการกับปัญหานั้นจนสำเร็จ ทั้งนี้เพื่อประเมินว่านักศึกษา มีความเข้าใจในตนเองมากขึ้น ประทับใจ และภาคภูมิใจในตนเองในประสบการณ์ที่ตน สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง

ได้สำเร็จ

3. ด้านทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยา กลุ่มเสี่ยงสูง

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติขึ้นอยู่กับความรู้และการปฏิบัติ หากนักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริงในการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ประกอบกับได้รับการนิเทศติดตามโดยวิธีการสอนงาน (coaching) ย่อมทำให้นักศึกษามีทัศนคติทางบวกต่อการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงมากขึ้น ทั้งนี้ การประเมินทัศนคติสามารถประเมินให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยให้มาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ซึ่งหมายถึง เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุดตามลำดับ ตัวอย่างคำถาม เช่น 1) นักศึกษาเข้าใจความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง และเข้าใจกระบวนการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัย 2) ความเสี่ยงเป็นเรื่องที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ 3) การบริหารความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วม 4) การบริหารความเสี่ยงไม่ใช่เรื่องยุ่งยาก 5) การบริหารความเสี่ยงสามารถทำได้ทุกคน 6) มีความตระหนักถึงความรับผิดชอบที่จะปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายหรือความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง (วาสนา อุทัยแสง, 2559)

ความปลอดภัยทางคลินิกในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงในผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายผลลัพธ์ทางสุขภาพ อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นส่วนหนึ่งของทีมการพยาบาล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติด้านความปลอดภัยในการบริหารจัดการความเสี่ยงโดยเฉพาะยากลุ่มเสี่ยงสูง มีการกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรในการรายงานความเสี่ยงในระดับ near miss ให้เพิ่มมากขึ้นและต่อเนื่อง และมีการแก้ปัญหาเชิงระบบ รวมถึงการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับแนวคิดด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยแก่นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี โดยอาจารย์ผู้สอนมีบทบาทในการให้ความรู้เชิงเนื้อหา และ

พัฒนาทักษะการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกแก่นักศึกษา เพื่อเพิ่มการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้นักศึกษามีความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง ก่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการให้บริการพยาบาล ซึ่งสามารถสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการว่าจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพ สนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลศิริราช. (2560). *คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์, และจุฬารัตน์ สมรูป. (2550). *คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล ฉบับปรับปรุงใหม่* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- ดุสิต สถาวร. (บ.ก.). (2554). *Patient safety in the ICU*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาววัฒนกุล, และปรีชา มณฑานติกุล. (บ.ก.). (2552). *การบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พิมพ์.
- ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2555). *ยาฉีด 2012 คู่มือการบริหารยา และความคงตัวของยาฉีดหลังผสม*. สืบค้น 5 ธันวาคม 2560, จาก <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/dis/2011/>
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2554). แนวคิดและหลักการใช้ความสามารถเชิงสมรรถนะของพยาบาล. ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดล, และนุสราวัลย์ ศรีล้ำ. (บ.ก.). *การพยาบาลเพื่อความปลอดภัย: สมรรถนะพยาบาล CVT ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 3*. หน้า 87-108. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ขงยุทธ แก้วเต็ม. (2556). กฎหมายและข้อพึงระวังในการนิเทศนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 5-18.

- โรงพยาบาลราชวิถี. (2560). *คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานยาความเสี่ยงสูง*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- วาสนา อุทัยแสง. (2559). *การตระหนักรับรู้การบริหารความเสี่ยงและการนำการบริหารความเสี่ยงไปปฏิบัติของบุคลากร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม* (รายงานผลการวิจัย). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วีณา จีระแพทย์, และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิดกระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อีเลฟเว่นคัลเลอร์ส.
- อภिरดี นันทสุภวัฒน์. (2560). *ภาวะผู้นำและการจัดการทางการแพทย์*. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Cousins, D. H., Gerrett, D., & Warner, B. (2012). A review of medication incidents reported to the National Reporting and Learning System in England and Wales over 6 years (2005-2010). *British Journal of Clinical Pharmacology*, 74(4), 597-604.
- Fleming, S., Brady, A. M., & Malone, A. M. (2014). An evaluation of the drug calculation skills of registered nurses. *Nurse Education in Practice*, 14(1), 55-61.
- Fothergill Bourbonnais, F., & Caswell, W. (2014). Teaching successful medication administration today: More than just knowing your 'rights'. *Nurse Education in Practice*, 14(4), 391-395.
- Hudson, P., Lewis, L., Stokes, S., & Yarbrough, S. (2014). *Quality and safety education for nurses (QSEN) electronic resource matrix*. Retrieved December 1, 2017, from <http://www.ic4n.org/wp-content/uploads/2014/04/QSEN-Matrix-Final.pdf>
- Lewis, M., & Lamb, G. (2011). A comprehensive model for teaching quality and safety education for nurses (QSEN) competencies. *Dean's Notes*, 32(5), 1-4.
- McMullan, M., Jones, R., & Lea, S. (2010). Patient safety: Numerical skills and drug calculation abilities of nursing students and registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 891-899.

การสอนแบบโครงงานเป็นฐาน: การประยุกต์สู่การปฏิบัติในการจัดการศึกษาพยาบาล Project-based Instruction: Application to Practice in Nursing Education

ศศิโสภิต แพงศรี, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) *

Sasisopit Pangsri, M.N.S. (Adult Nursing) *

สังคมโลกในปัจจุบันกำลังก้าวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัล ซึ่งเป็นยุคแห่งความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การศึกษา และเทคโนโลยี นอกจากนี้ สังคมออนไลน์ยังเข้ามามีบทบาทกับวิถีชีวิตของบุคคล (วิภาดา คุณาวิกิตกุล, 2558; พัทธพร สุภกิจ, 2559) เป็นเหตุให้การศึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับการจัดการศึกษาพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทั้ง 7 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา 2) ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม 3) ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ 4) ทักษะด้านความร่วมมือการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ 5) ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร และ 7) ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ (รุ่งนภา จันทรา และอดิญาณ์ ศรีเกษตริน, 2560) ทั้งนี้ การเรียนรู้แบบเดิมส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้แบบตั้งรับ (passive learning) ด้วยวิธีการบรรยาย ทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้เพียงการจำเนื้อหาต่างๆ ไปสอบ ขาดการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ด้านอื่นๆ หากเป็นการเรียนรู้แบบเชิงรุก (active learning) ผู้เรียนจะมีโอกาสได้พัฒนาทักษะการเรียนรู้ด้านต่างๆ อย่างครบถ้วน และหากผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติในสภาพการณ์จริง จะทำให้ผลการเรียนรู้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 90 (พรณี ปานเทวัญ, 2559; สิริวัฒน์ อายุวัฒน์,

2560) ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนในยุคปัจจุบัน ผู้สอนจึงไม่ได้เป็นผู้ให้ความรู้เพียงฝ่ายเดียว แต่ผู้สอนควรเป็นผู้ชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน ออกแบบการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งวิธีการเรียนการสอนที่สามารถพัฒนาให้เกิดทักษะการเรียนรู้ได้วิธีหนึ่ง คือ การสอนแบบโครงงานเป็นฐาน (project-based instruction)

การสอนแบบโครงงานเป็นฐาน เป็นวิธีการสอนวิธีหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถคิดเป็น ทำเป็น รู้จักการแก้ปัญหาด้วยการปฏิบัติ โดยใช้วิธีการเรียนรู้ทางปัญญา (intellectual strategy) ซึ่งผู้เรียนสามารถเรียนรู้โดยการผสมผสานการวิจัยและการสร้างสรรค์โครงงาน โดยรวบรวมทักษะใหม่ๆ ด้านเทคโนโลยี การสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญ และการฝึกการแก้ปัญหาต่างๆ ที่สะท้อนถึงความรู้ของผู้เรียน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แผนพัฒนาการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ ฉบับที่ 12 ที่เน้นการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพคนมนุษย์ พัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม โดยมีเป้าหมายสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง ความเท่าเทียม คุณภาพ ประสิทธิภาพ และตอบโจทย์บริบทที่เปลี่ยนแปลง (สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงศึกษาธิการ, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านการศึกษาและผู้เรียน การเข้าถึงข้อมูลต่างๆ มีมากขึ้น ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และในการจัดการ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ศึกษาพยาบาล พบว่าการสอนแบบโครงงานเป็นฐานช่วยให้ผู้เรียนพัฒนานวัตกรรมได้จำนวนมาก และมีสมรรถนะการเรียนรู้ในระดับมากถึงระดับมากที่สุด (สมวล นันทสุภวัฒน์ และคณะ, 2555)

จะเห็นได้ว่าการจัดการสอนแบบโครงงานเป็นฐานสอดคล้องกับการจัดการศึกษาพยาบาลในปัจจุบันซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยบทความนี้นำเสนอสาระเกี่ยวกับการจัดการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน และการประยุกต์ใช้ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1

การจัดการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน

การจัดการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน เป็นการจัดการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมในโครงงานที่ผู้เรียนได้คิดขึ้นมา รวมถึงได้ลงมือปฏิบัติจริง อันเป็นการเชื่อมโยงระหว่างห้องเรียนกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ทั้งนี้มีผู้เสนอแนวคิดของการสอนแบบโครงงานเป็นฐานไว้หลายคน โดยแนวคิดที่ได้รับการยอมรับกันมากที่สุดคือ แนวคิดของ John Dewey เกี่ยวกับการเรียนรู้โดยการลงมือกระทำ และแนวคิดของ Kurt Hahn เกี่ยวกับการเรียนรู้รอบกรอบ โดย Dewey กล่าวว่าการศึกษาเป็นเพียงกระบวนการหนึ่งที่ใช้ในการดำรงชีวิต แต่ไม่ใช่การเตรียมพร้อมสำหรับการดำรงชีวิตในอนาคต (Dewey, 1897 cited in Efstratia, 2014) ส่วน Hahn เชื่อว่า การเรียนในห้องเรียนเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการศึกษาระดับอุดมศึกษา ดังนั้น เขาจึงใช้วิธีการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนรู้ด้วยตนเอง โดยอาศัยความร่วมมือและความมุ่งมั่น (Efstratia, 2014) สำหรับในประเทศไทย มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสอนแบบโครงงานเป็นฐานไว้หลากหลายเช่นกัน โดยสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (2550) กล่าวว่าการสอนแบบใช้โครงงานเป็นฐาน เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนค้นหาคำตอบที่ผู้เรียนอยากรู้ ส่วนสุชาติ วงสุวรรณ (2542 อ้างถึงในมหาวิทยาลัยศรีปทุม, 2558) กล่าวว่าการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน เป็นการเรียนรู้อีกหนึ่งรูปแบบที่ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริงในลักษณะการศึกษา สำรวจ ทดลอง และประดิษฐ์

คิดค้น โดยผู้สอนเป็นผู้กระตุ้น แนะนำ และให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ส่วนวรารักษ์ ตระกูลสฤษฎ์ (2545 อ้างถึงในมหาวิทยาลัยศรีปทุม, 2558) กล่าวว่าการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน เปรียบเสมือนสะพานที่เชื่อมต่อห้องเรียนและโลกภายนอกซึ่งเป็นชีวิตจริง

สรุป การจัดการสอนแบบโครงงานเป็นฐานเป็นการจัดการสอนที่ไม่เน้นการสอนในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว แต่เน้นให้ผู้เรียนสามารถคิดและลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการดำรงชีวิตในอนาคต โดยรูปแบบการสอนแบบโครงงานเป็นฐานสามารถทำได้หลายลักษณะ ไม่ว่าจะเป็นการสำรวจ การทดลอง คิดค้น โดยหน้าที่ของผู้สอนคือ เป็นผู้จัดประสบการณ์การเรียนรู้ และเป็นพี่ปรึกษา ทำให้ผู้เรียนเรียนรู้โลกภายนอกมากขึ้น

บทบาทของผู้สอนในการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน

ในการจัดการสอนแบบโครงงานเป็นฐานแต่ละครั้ง ผู้สอนต้องมีการเตรียมความพร้อม เพื่อให้กิจกรรมการสอนเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งบทบาทของผู้สอนนั้น มีผู้กล่าวไว้ดังนี้

Blumenfeld (1994 อ้างถึงในมหาวิทยาลัยศรีปทุม, 2558) กล่าวถึงบทบาทของผู้สอนไว้ดังนี้ 1) สนับสนุนหรือแนะนำให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้ เพื่อเปิดโอกาสในการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน 2) จัดโครงสร้างการเรียนรู้ สร้างแบบ และแนะนำการทำงานแก่ผู้เรียน 3) กระตุ้นให้ผู้เรียนเรียนรู้และใช้กระบวนการคิดของตนเอง และ 4) ประเมินผลความก้าวหน้า วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ให้ผลย้อนกลับแก่ผู้เรียน และประเมินผลงานทั้งหมด

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุรินทร์ เขต 3 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (2558) กล่าวถึงบทบาทของผู้สอนไว้ดังนี้ 1) กระตุ้นการเรียนรู้โดยใช้คำถาม 2) สังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนแต่ละคน เพื่อชี้แนะ กระตุ้น หรือยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 3) สอนผู้เรียนให้รู้จักการตั้งคำถาม ทำให้ผู้เรียนรู้จักถามเพื่อค้นหาข้อมูล รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ

การเรียนรู้ 4) แนะนำ ชี้แจง ให้ข้อมูลต่าง ๆ เมื่อผู้เรียนเกิดความสงสัย 5) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนคิดคำตอบด้วยตนเอง และ 6) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนสร้างสรรค์ผลงานอย่างอิสระ ให้ผู้เรียนจินตนาการและใช้ความสามารถในการสร้างผลงาน

เสาวลักษณ์ วรรณวี (2559) กล่าวถึงบทบาทของผู้สอนโดยแบ่งเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ 4 ด้าน ดังนี้ 1) มีความรู้ โดยทดสอบความรู้เดิม ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลเสริม และสอนเนื้อหาเพิ่มเติม 2) อำนวยความสะดวก โดยเป็นโค้ช คอยแนะนำ 3) จัดบริหารการเรียนรู้ เกี่ยวกับเครื่องมือการเรียนรู้ แหล่งเรียนรู้ และสถานที่ และ 4) ประเมินผล โดยวิธีการที่หลากหลาย ตามสภาพการณ์จริง รวมถึงความก้าวหน้าของผู้เรียน

จากข้อมูลข้างต้น สามารถสรุปบทบาทของผู้สอนได้ดังนี้ 1) เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้แก่ผู้เรียน เช่น การใช้คำถาม การแนะนำให้ผู้เรียนเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ การอำนวยความสะดวก โดยเป็นโค้ช 2) จัดโครงสร้างการเรียนรู้ สร้างแบบ และแนะนำการทำงานแก่ผู้เรียน โดยคำนึงถึงบริหารการเรียนรู้ เครื่องมือการเรียนรู้ แหล่งเรียนรู้ และสถานที่ 3) กระตุ้นให้ผู้เรียนฝึกใช้กระบวนการความคิดของตนเอง โดยสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนแต่ละคน เพื่อชี้แนะ กระตุ้น หรือยับยั้ง 4) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนสร้างสรรค์ผลงานอย่างอิสระ ให้ผู้เรียนจินตนาการและใช้ความสามารถในการสร้างผลงาน 5) ประเมินผลโดยวิธีการที่หลากหลาย ประเมินความก้าวหน้า วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ให้ผลย้อนกลับแก่ผู้เรียน และประเมินผลงานทั้งหมด

จะเห็นได้ว่าผู้สอนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน ต้องสอนให้ผู้เรียนคิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาได้ โดยเริ่มตั้งแต่สอนให้ผู้เรียนตั้งคำถาม ค้นหาปัญหด้วยตนเอง สร้างสรรค์โครงงานด้วยกระบวนการกลุ่ม กระตุ้นให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติและแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยผู้สอนเป็นผู้คอยชี้แนะแนวทาง ทำให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้แบบยั่งยืน สามารถนำวิธีการต่าง ๆ มาใช้กับวิชาชีพพยาบาลในอนาคต

ขั้นตอนการจัดการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน

การสอนแบบโครงงานเป็นฐานมีขั้นตอนหรือกระบวนการที่หลากหลาย แตกต่างกันไปตามทฤษฎี ในบทความนี้ ผู้เขียนขอเสนอแนวคิด 3 แนวคิด ที่ได้พิจารณาแล้วว่าเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดที่ 1 เป็นแนวคิดของสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (2550) ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ชี้นำเสนอ โดยผู้สอนกำหนดให้ผู้เรียนศึกษาสถานการณ์ ใบความรู้ และข้อคำถามเกี่ยวกับสาระการเรียนรู้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเรียนรู้ 2) ชี้นำวางแผน โดยผู้เรียนต้องร่วมกันวางแผน ระดมความคิด อภิปราย และหาข้อสรุปของกลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ 3) ชี้นำปฏิบัติ โดยผู้เรียนลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามที่วางแผนไว้ และเขียนสรุปรายงานผล และ 4) ชี้นำประเมินผล โดยผู้เรียนได้รับการวัดและประเมินผลตามความเป็นจริง ตามแผนการเรียนรู้

แนวคิดที่ 2 เป็นแนวคิดของวิจารณ์ พานิช (2555) ประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) Define เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนและผู้สอนสร้างความชัดเจนร่วมกันเกี่ยวกับปัญหา ประเด็น และความท้าทายของโครงงาน รวมถึงสิ่งที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ 2) Plan เป็นขั้นตอนการวางแผนดำเนินโครงงาน ผู้สอนทำหน้าที่เป็นโค้ช ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำโครงงานของผู้เรียน เตรียมคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดถึงประเด็นสำคัญที่อาจมองข้ามไป โดยไม่เข้าไปช่วยเหลือผู้เรียนมากเกินไปจนผู้เรียนขาดโอกาสในการแก้ปัญหาหรือวางแผนด้วยตนเอง 3) Do เป็นขั้นตอนการลงมือทำ ซึ่งในขั้นตอนนี้ ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหา การประสานงาน การทำงานร่วมกันเป็นทีม การจัดการความขัดแย้ง การทำงานภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด และการค้นหาความรู้เพิ่มเติม โดยผู้เรียนจะได้ฝึกทักษะการทำงานที่หลากหลายและแตกต่างกัน ฝึกการบันทึกการวิเคราะห์ผล และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นอกจากนี้ ผู้สอนยังได้เรียนรู้ผู้เรียนเพิ่มขึ้น 4) Review เป็นขั้นตอนการทบทวนการเรียนรู้ โดยผู้เรียนทบทวนเกี่ยวกับผลของ

โครงการ กิจกรรม ผลงาน หรือพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนว่าได้บทเรียนอะไรบ้าง โดยทบทวนขั้นตอนที่ประสบความสำเร็จและความล้มเหลว พร้อมทั้งกำหนดวิธีการทำงานใหม่ที่เหมาะสม รวมถึงการนำเหตุการณ์ต่างๆ ที่ประทับใจ ระทึกใจ และภูมิใจ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันแบบทบทวนไตร่ตรอง (reflective) และ 5) Presentation เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเสนอต่อชั้นเรียน ซึ่งเป็นขั้นตอนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องจากขั้นตอน Review โดยผู้เรียนทบทวนการเรียนรู้ทั้งหมดอย่างเข้มข้น แล้วนำเสนอสรุปแบบการนำเสนอที่เข้าใจ อาจสร้างนวัตกรรมในการนำเสนอโดยการเขียนรายงาน การใช้วีดิทัศน์ หรือการแสดงละคร ซึ่งการนำเสนอนี้เป็นการเรียนรู้เชิงทักษะทางปัญญา

แนวคิดที่ 3 เป็นแนวคิดของคุชกี โยเฮลา และคณะ (2557) ประกอบด้วยขั้นตอน 6 ขั้น ดังนี้ 1) ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน โดยผู้สอนต้องดำเนินการก่อนการทำงาน เนื่องจากการทำงานมีรูปแบบชัดเจน ผู้เรียนจึงควรได้รับความรู้เกี่ยวกับโครงการไว้เป็นฐานเพื่อใช้ในการปฏิบัติจริงได้ 2) ขั้นกระตุ้นความสนใจ โดยผู้สอนควรเตรียมกิจกรรมที่ดึงดูดความสนใจของผู้เรียนในการทำโครงการร่วมกัน โดยกิจกรรมนั้นเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนกำหนด หรือเป็นกิจกรรมที่ผู้เรียนสนใจทำ 3) ขั้นจัดกลุ่มร่วมมือ โดยผู้สอนแบ่งกลุ่มในการแสวงหาความรู้ ใช้กระบวนการกลุ่มในการวางแผนทำกิจกรรมระดมความคิด แล้วแบ่งหน้าที่หลังจากได้ทราบหัวข้อที่ผู้เรียนต้องเรียนรู้แล้ว 4) ขั้นแสวงหาความรู้ เป็นการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินโครงการ ลงมือปฏิบัติหน้าที่ของตนตามข้อตกลงร่วมกัน ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยขอคำปรึกษาจากผู้สอนเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อสงสัย ผู้เรียนร่วมกันทำรายงานสรุปรายงานโครงการ 5) ขั้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ โดยผู้สอนตั้งคำถามให้ผู้เรียนนำไปสู่การสรุปการเรียนรู้ และ 6) ขั้นนำเสนอผลงาน โดยผู้สอนออกแบบกิจกรรม จัดสรรเวลาให้ผู้เรียนนำเสนอผลการเรียนรู้และผลงานแก่เพื่อนร่วมชั้น หรือให้ผู้อื่นได้ชม

จากการพิจารณาขั้นตอนของแนวคิดทั้ง 3 แนวคิด ผู้สอนควรมีการเตรียมตัวสำหรับการสอนแบบ

โครงการเป็นฐาน โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) กำหนดกลุ่มผู้เรียนซึ่งภายในกลุ่มควรมีความหลากหลาย โดยมีทั้งผู้เรียนที่เรียนอ่อน เรียนปานกลาง และเรียนดี 2) จัดทำใบงานหรือแนวคำถามเกี่ยวกับพื้นฐานความรู้ของผู้เรียน 3) มอบหมายงานแก่ผู้เรียน โดยกำหนดขั้นตอนการทำงานและระยเวลานัดหมายที่ชัดเจน 4) เป็นที่ปรึกษาในระหว่างผู้เรียนลงมือทำโครงการ และ 5) กำหนดเวทีนำเสนอผลงานให้แก่ผู้เรียนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์

การประยุกต์ใช้การสอนแบบโครงการเป็นฐาน: กรณีศึกษา รายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1

กรณีศึกษาครั้งนี้ ขอเสนอการประยุกต์ใช้การสอนแบบโครงการเป็นฐานในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 โดยบูรณาการกับการเรียนการสอนแบบบรรยาย โดยเพิ่มเป็นอีกบทเรียนพิเศษในการเรียนรายวิชา แบ่งจากชั่วโมงการเรียนการสอนปกติท้ายคาบเรียน จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 5 กลุ่ม ตามปัญหาสุขภาพ 5 ระบบ โดยนักศึกษาสามารถเลือกทำโครงการในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ทุกช่วงวัย กำหนดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์รายวิชา เพื่อให้ให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะเกิดทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการพยาบาลแบบองค์รวม บนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทร แก่บุคคลทุกช่วงวัยของชีวิต ที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับความผิดปกติของการรับประทานอาหารและน้ำ การขับถ่าย ปัสสาวะ การขับถ่ายอุจจาระ ผิวหนัง กระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ภาวะเฉียบพลัน วิกฤต และเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และการพยาบาลในผู้สูงอายุ ใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพ ยึดหลักจริยธรรมและสิทธิมนุษยชน ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น เลือกใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง (ฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2555)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าวัตถุประสงค์รายวิชาไม่ได้มุ่งเรื่องการพยาบาลตามระบบอย่างเดียว แต่เชื่อมโยง

ไปถึงการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น และการเลือกใช้ ทรัพยากรและเทคโนโลยีที่เหมาะสม ตามแนวทางการ ปรับปรุงรายวิชาจากตัวบ่งชี้ผลการดำเนินงานประกัน คุณภาพด้านหลักสูตรและการเรียนการสอน ที่ต้องการ รายวิชาทางการพยาบาลที่ส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้ จากการปฏิบัติทั้งในและนอกห้องเรียน รวมทั้งมีการใช้ ผลงานวิจัย ดังนั้น การสอนแบบโครงงานเป็นฐานจึงเป็น วิธีการสอนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากการลงมือทำ สามารถสร้างสรรค์การเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการพัฒนา ทักษะ อภิปัญญา คือ การตระหนักถึงกระบวนการคิดของ ตนเอง เพื่อตอบสนองการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ตามแนวคิดของคุชกู โยเลลา และคณะ (2557) ซึ่งประกอบ ด้วยขั้นตอน 6 ขั้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน มีเป้าหมาย เพื่อให้ความรู้พื้นฐานแก่ผู้เรียน เพื่อใช้ในการปฏิบัติโครงการ จริง โดยผู้สอนให้ความรู้เกี่ยวกับ 1) วัตถุประสงค์การเรียนรู้ รายวิชา เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะโครงการ ที่จะลงมือปฏิบัติและรูปแบบการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ 2) แบ่งผู้เรียน ออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 20-22 คน โดยมีทั้งผู้เรียน ที่เรียนอ่อน ปานกลาง และดี 3) ให้ผู้เรียนเลือกหัวข้อ ที่จะศึกษา 4) กำหนดเนื้อหาสำคัญเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ แต่ละช่วงวัยให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเอง และใช้กระบวนการ กลุ่ม เพื่อพัฒนาทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ 5) ให้ผู้เรียนเลือกหัวข้อที่สนใจเรียนรู้ ตามปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น พบที่ปรึกษา ประจำกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล กลุ่มละ 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ทางเลือก กลุ่มละ 2 คน เพื่อให้ ตรงกับวัตถุประสงค์รายวิชาที่กำหนดให้มีการผสมผสาน ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นกระตุ้นความสนใจ มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้เรียนสนใจใคร่รู้ เพื่อพัฒนาทักษะด้านการคิด อย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา โดยผู้สอนฝากข้อ คำถามให้ผู้เรียนคิดว่า “จะศึกษาปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับ เรื่องใด ทำไมต้องศึกษาเรื่องนั้นๆ” โดยให้ผู้เรียนระดมสมอง จากการเรียนรู้ที่ผ่านมา และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

หลังจากการระดมสมอง ให้ผู้เรียนกำหนดหัวข้อของโครงการ เพื่อการดำเนินโครงการต่อไป ตัวอย่างของโครงการรายวิชา เช่น แก้อั้วริดสีดวง ผู้เรียนคิดจากปัญหาของการแช่ก้น เพื่อบรรเทาอาการปวดจากโรคริดสีดวงทวารหนัก ซึ่งต้อง นั่งของเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการปวดเข่า จึงคิดค้น แก้อั้วที่มีช่องสำหรับนั่งแช่ก้นขึ้นมา

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นจัดกลุ่มร่วมมือ มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้และวิธีการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม และ ทักษะด้านความร่วมมือการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ โดยผู้สอนมอบหมายให้ผู้เรียนมีการเข้ากลุ่มและร่วมมือ ในการระดมสมองในการคิด การจัดทำโครงการ การสืบค้น ข้อมูล การรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้เรียน ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงรวบรวม องค์ความรู้ต่างๆ ที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ จากนั้น ให้ผู้เรียนเขียนเค้าโครงของโครงการ เพื่อนำเสนอต่อผู้สอน และผู้เรียนในกลุ่ม เพื่อกำหนดบทบาท หน้าที่ และ ระยะเวลาการดำเนินโครงการให้ชัดเจน ผู้สอนกำหนดให้ ผู้เรียนเขียนเกี่ยวกับชื่อโครงการ ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม ระยะเวลาดำเนินโครงการ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ของโครงการ สมมติฐานการศึกษา (เฉพาะโครงการที่มี การทดลอง) ขั้นตอนการดำเนินโครงการ และผลที่คาดว่าจะ ได้รับ รวมถึงเอกสารอ้างอิง ซึ่งการเขียนโครงการ ทำให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการพัฒนาการเรียนรู้ทั้งด้าน ความรู้ ทักษะเชิงปัญญา ฝึการสืบค้น การคิดวิเคราะห์ อย่างเป็นระบบ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ในการแก้ปัญหา การใช้แหล่งอ้างอิงอย่างมีเหตุผล รวมถึง การปรับตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน โดยกรณีศึกษาคิดค้นแก้อั้วริดสีดวงที่มีช่องสำหรับนั่งแช่ก้น ที่เหมาะสม รวมทั้งความลึกของน้ำ และภาชนะรองกัน ความสุขสบายในการใช้งานโดยเปรียบเทียบกับแช่ก้น แบบดั้งเดิมที่เป็นการแช่ในกะละมังโดยใช้การนั่งของ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นแสวงหาความรู้ มีเป้าหมาย เพื่อแสวงหาแนวทางปฏิบัติในโครงการนั้นๆ เพื่อพัฒนา ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ โดยผู้เรียนจะเริ่ม ดำเนินการแสวงหาความรู้เพิ่มเติม และดำเนินโครงการ

เมื่อได้รับความเห็นชอบจากที่ปรึกษาประจำกลุ่ม จากนั้น ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ระหว่างการดำเนินโครงการ ผู้เรียนอาจพบปัญหา อุปสรรค ต่างๆ ให้ผู้เรียนมีการจดบันทึก และระดมสมองกับสมาชิก ในกลุ่ม เพื่อวางแผนในการแก้ปัญหา จัดระบบต่างๆ ให้การดำเนินโครงการมีความราบรื่นและเป็นไปตามแผน ซึ่งกระบวนการปฏิบัติตามโครงการนี้จะทำให้ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อแก้ปัญหา และสามารถพัฒนาวิธีการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยกรณีศึกษาพบปัญหาในการใช้แก๊ส เชื้อแก๊สที่ต้องมีมาตรฐานจึงต้องแก้ปัญหาโดยการจัดทำ แก๊สใหม่ โดยใช้การเชื่อมเหล็กสำหรับวางถาดเชื้อแก๊ส ให้มั่นคง น้ำไม่หก การทำที่รองกันที่สามารถกันน้ำได้ และการกำหนดขนาดของช่องที่แก๊สที่สามารถเชื้อกันได้ อย่างมีประสิทธิภาพและนั่งสบาย

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้เรียนได้ทบทวนการเรียนรู้ทั้งหมด ตั้งแต่กระบวนการ ทำงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อดี ข้อเสีย แนวทางการพัฒนา รวมถึงสรุปผลจากโครงการเป็นรายงาน และสิ่งที่ได้เรียนรู้ เพื่อพัฒนาทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ และทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ เมื่อการดำเนินโครงการเสร็จสิ้น ผู้สอน กำหนดให้ผู้เรียนสรุปโครงการ และประเมินผลเกี่ยวกับ ผลที่ได้รับ ปัญหา อุปสรรค แนวทางการพัฒนา รวมถึง ข้อเสนอแนะอื่นๆ โดยการสรุปโครงการควรประกอบด้วย ข้อมูลเชิงพรรณนา ตารางที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลเชิงคุณภาพ และภาพประกอบการดำเนินโครงการ โดยใช้ภาษาทาง วิชาการที่เข้าใจง่าย กระชับ และครอบคลุมในประเด็น ที่วางแผนไว้ ซึ่งการสรุปและประเมินผลโครงการ ผู้เรียน ต้องใช้ทักษะในการแปลงข้อมูลหรือผลของโครงการที่ได้ เพื่อถ่ายทอดด้วยการเขียนให้แก่ผู้สอน ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และตรงตามหลักวิชาการ โดยกรณีศึกษา ผู้เรียนได้เรียนรู้ หลักการพัฒนาอุปกรณ์สำหรับการเชื้อแก๊ส ปัญหา อุปสรรค จากงบประมาณที่มีจำกัด การเลือกใช้วัสดุ การร่วมมือ ร่วมใจกันภายในทีม รวมถึงการสรุปโครงการตามขั้นตอน

ต่างๆ (ในที่นี้ โครงการยังไม่ได้นำไปใช้กับผู้รับบริการ เพียงอยู่ในขั้นผลิตและพัฒนา)

ขั้นตอนที่ 6 ขั้นนำเสนอผลงาน มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้เรียนได้นำเสนอสิ่งที่ตนเองเรียนรู้ เพื่อนร่วมชั้นเรียน และผู้เรียนอื่นๆ ได้ชมผลงาน และเรียนรู้กิจกรรมที่ผู้เรียน ปฏิบัติในการทำโครงการ เพื่อพัฒนาทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร ซึ่งการนำเสนอผลงานหรือ ผลการดำเนินโครงการที่ผ่านมา ผู้สอนจัดให้วันนำเสนอ ผลงานของผู้เรียนทุกกลุ่มในวันเดียวกัน โดยจัดทำเป็น นิทรรศการพัฒนากิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยผสมผสานภูมิปัญญาและเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และเปิดให้นักศึกษาชั้นป้อนๆ ได้เข้าชม ทั้งนี้ กำหนดให้ ผู้เรียนนำเสนอผลงาน กลุ่มละ 15 นาที โดยการนำเสนอ ด้วยวาจา พร้อมนำเสนอผลงานแก่ผู้ชม ซึ่งการนำเสนอ ผลงานเป็นการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการแปลง ข้อมูล สามารถถ่ายทอดข้อมูล และนำเสนอด้วยการพูด ให้ผู้อื่นเข้าใจ รวมถึงการเลือกรูปแบบในการนำเสนอได้ เหมาะสมกับสถานการณ์ นอกจากนี้ ผู้สอนยังมีการคัดเลือก ผลงานที่น่าสนใจ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการนำเสนอ ผลงานระดับจังหวัดและระดับชาติ โดยกรณีศึกษาเลือก การนำเสนอโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ที่ถ่ายทำเกี่ยวกับปัญหาที่พบ วิธีการใช้งานอุปกรณ์ที่สร้างสรรค์ขึ้น ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ จริงในการสาธิตวิธีการ

หลังสิ้นสุดการเรียนการสอน ผู้สอนดำเนินการ ประเมินผลการเรียนการสอน โดยการแลกเปลี่ยนร่วมกัน ระหว่างผู้เรียน ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม และผู้ร่วมสอนว่า การเรียนการสอนเป็นไปตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือไม่ และประเมินรูปแบบการดำเนินโครงการ ขั้นตอนของ กระบวนการ และปัญหา อุปสรรค โดยข้อสรุปการเรียนรู้ มีดังนี้

1. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการสอนแบบโครงการ เป็นฐาน สามารถช่วยพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ในศตวรรษ ที่ 21 ได้ ซึ่งประกอบด้วย 1) ทักษะด้านการคิดอย่างมี วิเคราะห์และและการแก้ปัญหา โดยระหว่างการดำเนิน โครงการย่อมเกิดปัญหาทั้งรูปแบบและวิธีการ ผู้เรียนจึง ต้องคิดค้นวิธีการใหม่ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้

สามารถดำเนินโครงการต่อไปได้จนสำเร็จ 2) ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม เกิดจากการที่ผู้เรียนได้ระดมสมองจากสมาชิกกลุ่ม รวมถึงการปรึกษาที่ปรึกษาประจำกลุ่ม ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนมีการพิจารณาปัญหา คติวิเคราะห์ และสร้างให้เกิดความคิดสร้างสรรค์เพื่อแก้ปัญหา 3) ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ การดำเนินโครงการมีขั้นตอนที่ต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกกลุ่ม ต้องมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ และมีการทำงานร่วมกัน เพื่อผลิตผลงานให้สำเร็จ 4) ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ โดยผู้เรียนมีการค้นหาข้อมูลต่างๆ ในการดำเนินโครงการ ทั้งจากบทความวิชาการและงานวิจัย รวมถึงเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อที่จะสามารถพัฒนาโครงการให้ประสบความสำเร็จ 5) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร โดยผู้เรียนมีการสื่อสารภายในกลุ่ม สื่อสารกับที่ปรึกษาประจำกลุ่ม หรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับวิธีการดำเนินโครงการของตนเอง รวมถึงปัญหาอุปสรรค และ 6) ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ โดยผู้เรียนต้องใช้ทักษะการเรียนรู้ตลอดการทำโครงการ ทั้งการเรียนรู้จากปัญหา อุปสรรค และการเรียนรู้จากความสำเร็จ

2. แนวทางการนำรูปแบบการสอนแบบโครงงานเป็นฐานไปใช้ มีประเด็นที่ควรพิจารณา 2 ประเด็น ดังนี้

2.1 ปัจจัยที่ทำให้การสอนรูปแบบนี้ได้ผลดี คือการที่ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในห้องเรียนได้ลงมือทำด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถใช้ผลการวิจัยในการสร้างสรรค์โครงการ ผักการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง กระตุ้นกระบวนการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหา ดังนั้น การสอนรูปแบบนี้จึงเหมาะสมกับผู้เรียนทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ โดยขึ้นอยู่กับขอบเขตของโครงการที่ผู้สอนต้องการ นอกจากนี้ การสอนรูปแบบนี้ยังทำให้ผู้เรียนเกิดความคิดสร้างสรรค์ กระตุ้นจินตนาการ และผู้เรียนสามารถพัฒนางานเป็นนวัตกรรม เพื่อนำเสนอในระดับชาติต่อไป

2.2 ข้อจำกัดของการสอนรูปแบบนี้ คือ การใช้เวลาที่ค่อนข้างมาก ต้องมีการจัดสรรเวลาที่เหมาะสม ผู้เรียนอาจต้องใช้เวลาในการศึกษาเพิ่มเติมนอกเวลาเรียน

รวมถึงผู้สอนต้องใช้เวลาในการตรวจโครงการค่อนข้างมาก จึงควรคำนึงถึงขอบเขตของโครงการ โดยทำโครงการที่ไม่ยุ่งยากและใช้เวลาไม่มาก

การสอนแบบโครงงานเป็นฐาน สามารถนำไปใช้ในการจัดการศึกษาพยาบาลที่มุ่งการพัฒนาทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร และทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ ซึ่งการนำรูปแบบการสอนแบบโครงงานเป็นฐานไปใช้นั้นสามารถปรับได้ตามความเหมาะสมกับระยะเวลา และตามความยากง่ายของโครงการ ซึ่งการสอนรูปแบบนี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากชีวิตจริง ได้แก้ปัญหาในสถานการณ์ที่แตกต่าง ทั้งนี้ ผู้สอนควรวางแผนทางการสอนที่ชัดเจน โดยกำหนดขอบเขตการศึกษาที่ไม่ใช้เวลามากเกินไป เพื่อให้การดำเนินโครงการราบรื่นและประสบความสำเร็จได้ง่าย

เอกสารอ้างอิง

- คุชฎี โยเหลา, และคณะ. (2557). *การจัดการศึกษาการจัดการเรียนรู้แบบ PBL ที่ได้จากโครงการสร้างชุดความรู้เพื่อเสริมทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของเด็กและเยาวชน: จากประสบการณ์ความสำเร็จของโรงเรียนไทย*. กรุงเทพฯ: ทิพย์วิสุทธิ.
- ฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (2555). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.
- พรณี ปานเทวัญ. (2559). การพัฒนาผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 กับการเรียนรู้เชิงรุกในวิชาชีพพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(3), 17-24.
- พัชรพร สุภกิจ. (2559). การเรียนรู้แบบร่วมมือและการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ เพื่อผู้เรียนในยุคดิจิทัล. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 14(1), 6-14.

- มหาวิทยาลัยศรีปทุม. (2558). *การจัดการเรียนการสอนแบบโครงการ Project-based learning*. สืบค้น 2 กันยายน 2558, จาก http://www.lic.chula.ac.th/web/mediaflash/Project%20based/content_spu/swf/paper/Documentation.pdf
- รุ่งนภา จันทรา, และอดิญาณ์ ศรีเกษตริน. (2560). ทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 180-190.
- เรมवल นันทิ์สุวัฒน์, และคณะ. (2555). ประเมินผล การจัดการเรียนการสอนรายวิชาโครงการพัฒนาสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(พิเศษ), 102-113.
- วิจารณ์ พานิช. (2555). *วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- วิภาดา คุณาวิกติกุล. (2558). การเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ในยุคศตวรรษที่ 21. *พยาบาลสาร*, 42(2), 152-156.
- สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *แผนพัฒนาการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. ม.ป.ท.
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุรินทร์ เขต 3 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2558). *แนวทางการจัดกิจกรรมลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้*. สุรินทร์: ม.ป.พ.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2550). *แนวทางการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ การจัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน*. สืบค้น 25 มกราคม 2550, จาก <http://www.onec.go.th/index.php/book/BookView/362>
- สิริวัฒน์ อายุวัฒน์. (2560). การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem-Based Learning): ความท้าทายของการศึกษาพยาบาลในการพัฒนา การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(2), 15-30.
- เสาวลักษณ์ วรรณบุรี. (2559). *โปรแกรมพัฒนาการเรียนรู้ที่ยึดโครงการเป็นฐานสำหรับห้องเรียนศตวรรษที่ 21 ในโรงเรียนประถมศึกษาขนาดใหญ่ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (ปริญญานิพนธ์ ปริญญาคุชฌีบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย.
- Efstratia, D. (2014). Experiential education through project based learning. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 152, 1256-1260.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า Nursing for Clients with Knee Osteoarthritis Undergoing Knee Replacement Surgery

ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, วท.ม. (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์) *

Kwansuwee Apichantramethakul, M.Sc. (Human Resource Development) *

สุวรรณี สร้อยสงค์, ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข) **

Suwannee Sroisong, Dr.P.H. (Public Health Nursing) **

บุศริน เอียวสียก, พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) *

Busarin Eiu-Seeyok, M.N.S. (Medical and Surgical Nursing) *

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุไทย รองลงมาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ฟันใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ และภาวะซึมเศร้า (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ในช่วงปี 2554-2557 พบว่ามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมารับบริการในหน่วยบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จาก 241,135 ราย เป็น 274,133 ราย เพิ่มขึ้นปีละ 8,250 ราย และในช่วงปี 2557-2559 พบว่ามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จำนวน 6,353 ราย 8,690 ราย และ 10,736 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 23 ต่อปี อีกทั้งประเทศไทย กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงมีแนวโน้มทั้งจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและการได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เพิ่มขึ้นด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (knee replacement surgery or arthroplasty) เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยา

และ/หรือการรักษาด้วยวิธีประคับประคองแล้วไม่ได้ผลการผ่าตัดจึงเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการปวด ช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถเดิน เคลื่อนไหว หรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Wallis & Taylor, 2011; Hanusch, O'Connor, Ions, Scott, & Gregg, 2014) อย่างไรก็ตาม ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมักรู้สึกวิตกกังวล กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด หรือกลัวเจ็บแผลผ่าตัด โดยเฉพาะในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแผล หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดได้ ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่กล้าขยับหรือออกกำลังกายข้อเข่า ส่วนในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2-3 ผู้ป่วยควรเหยียด-งอเข่าได้มากขึ้น สามารถลุกเดินและทำกิจกรรมต่างๆ โดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะรักษาตัวในโรงพยาบาล 5-7 วัน จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน (อินทริา ไพบุพวงศ์, วิภา แซ่เตี๋ย, และเนตรนภา กุฬพันธ์, 2558; Qi et al., 2016) ดังนั้น

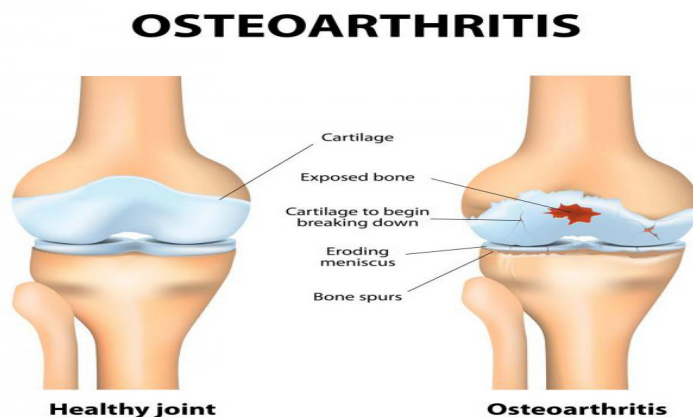
* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช

จึงควรมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้า โดยให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน-หลัง ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้า การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อฟื้นฟูสภาพ กำลังกล้ามเนื้อรอบข้อเท้าและข้อต่างๆ การเดิน การขึ้น-ลง บันได เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน และการดูแลข้อเท้าเทียมให้สามารถทำหน้าที่เหมือนข้อเท้าปกติ มีอายุการใช้งานที่ยาวนาน บทความนี้ นำเสนอสาระเกี่ยวกับความหมาย ชนิด อาการและระยะ การเปลี่ยนแปลงของโรค การประเมิน การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้า ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง นักศึกษา พยาบาล และผู้สนใจทั่วไป เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเท้าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าต่อไป

ความหมายของโรคข้อเท้าเสื่อม

โรคข้อเท้าเสื่อม (osteoarthritis of knee) หมายถึง โรคที่มีการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) และกระดูกที่อยู่ใต้ผิวข้อ (subchondral bone) ของข้อเท้าอย่างเรื้อรัง โดยเริ่มเกิดการสูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้ออย่างช้าๆ เมื่อเวลาผ่านไป กระดูกอ่อนผิวข้อจะถูกทำลายเพิ่มขึ้น ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อขรุขระ (ดังภาพที่ 1) ร่วมกับการหนาตัวของเนื้อกระดูกที่อยู่ใต้ผิวข้อ ทำให้เกิดแรงกดหรือการเสียดสีต่อกระดูก เอ็น และกล้ามเนื้อ ภายในข้อเท้ามากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบของข้อ และมี น้ำไขข้อลดลง มีอาการปวดเรื้อรัง (chronic pain) บวม (swelling) กดเจ็บ (tenderness) มีเสียงในข้อ (cracking or clicking) เคลื่อนไหวข้อลำบาก (limitation of joint motion) และข้อผิดรูป (joint deformity) (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ, 2017)



ภาพที่ 1 ลักษณะข้อเท้าปกติ (healthy joint) กับข้อเท้าเสื่อม (osteoarthritis) (ที่มา: Wu, 2016)

ข้อเท้าปกติ (ภาพซ้าย) ประกอบด้วยส่วนปลายของกระดูกต้นขา (femur) ส่วนต้นของกระดูกหน้าแข้ง (tibia) และกระดูกสะบ้า (patella) โดยมีกระดูกอ่อนผิวข้อ (cartilage) ซึ่งมีสีขาว ลักษณะเป็นมัน เรียบ นุ่ม และลื่น ทำหน้าที่ให้เกิดการเคลื่อนไหว และเป็นจุดรับน้ำหนักของร่างกายขณะเดิน เคลื่อนไหว

ข้อเท้าเสื่อม (ภาพขวา) มีการเสื่อมสภาพบริเวณกระดูกอ่อนผิวข้อเป็นหลัก โดยมีการสึกหรอ หลุดล่อน (breaking down) จนเห็นเนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อน (exposed bone) ร่วมกับหมอนรองกระดูกข้อเท้าสึกกร่อน (eroding meniscus) ใต้บริเวณกระดูกอ่อน จึงมีการสร้างกระดูกใหม่ซึ่งมีลักษณะขรุขระเหมือนเดือยกระดูก

(osteophyte or bone spur) บริเวณขอบของข้อ อีกทั้งอาจมีเศษกระดูกอ่อนหลุดออกมาในน้ำหล่อข้อ ทำให้เกิดการอักเสบขึ้น เนื่องจากผิวกระดูกไม่มีกระดูกอ่อนปกคลุมจึงเกิดแรงเสียดสีภายในข้อขณะเคลื่อนไหวข้อ ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดข้อ

ชนิดของโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้ (นงพิมล นิมิตรานันท์, 2557; วรากร จริ่งจิตร, 2560; AHRQ, 2017; Wallace et al., 2017)

1. โรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (primary osteoarthritis of knee) เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่ทราบสาเหตุ และไม่มีประวัติความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับข้อเข่าโดยตรง แต่มีปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม ดังนี้

1.1 อายุ พบว่าผู้ที่อายุ 40 ปี จะเริ่มเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และเมื่ออายุ 60 ปี จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ถึงร้อยละ 40

1.2 เพศ ผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย 2-3 เท่า ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้หญิงที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ซึ่งฮอร์โมนนี้ช่วยซ่อมแซมและสมานเนื้อเยื่อ โดยเฉพาะเนื้อเยื่อรอบข้อที่มีการอักเสบจึงทำให้เนื้อเยื่อรอบข้อไม่แข็งแรง เส้นเอ็นหย่อนยาน ข้อหลวม ไม่นั่นเอง

1.3 การมีน้ำหนักตัวเกิน น้ำหนักตัวเกินหรือความอ้วนมีความสัมพันธ์อย่างมากกับโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าน้ำหนักตัวที่ลงบริเวณข้อเข่าเวลาเดิน จะทำให้เกิดแรงกระทำต่อข้อ 2-3 เท่าของน้ำหนักตัว หากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 0.50 กิโลกรัม จะเกิดแรงกระทำต่อข้อเพิ่มขึ้น 1.00-1.50 กิโลกรัม

1.4 การใช้งาน อิริยาบถ ท่าทาง หรือกิจกรรมประจำวัน ที่ทำให้เกิดแรงกระทำต่อข้อเข่ามาก เช่น การคุกเข่า การนั่งยอง การนั่งพับเพียบ การขัดสมาธิ การขึ้น-ลงบันไดบ่อยๆ รวมถึงอาชีพที่ต้องเดินหรือยืนนานๆ อาชีพที่ต้องแบกของหนักเป็นเวลานาน

1.5 ความบกพร่องของส่วนประกอบของข้อ เช่น ข้อเข่าหลวม กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง หรือขาโก่ง

ผิดปกติ ทำให้น้ำหนักตัวตกลงผ่านผิวข้อเข่าไม่เท่ากัน กระดูกอ่อนด้านที่รับน้ำหนักมากกว่าจะเสื่อมเร็วกว่าปกติ

1.6 กรรมพันธุ์ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีประวัติเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

2. โรคข้อเข่าเสื่อมชนิดทุติยภูมิ (secondary osteoarthritis of knee) เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ทราบสาเหตุ โดยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บโดยตรงบริเวณข้อเข่า เช่น เคยประสบอุบัติเหตุและมีการบาดเจ็บที่ข้อเข่า มีการบาดเจ็บเรื้อรังที่บริเวณข้อเข่าจากการทำงานหรือการเล่นกีฬา โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเกาต์ โรคข้ออักเสบติดเชื้อ

อาการและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

อาการที่สำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อมมี 3 อาการ ได้แก่ 1) อาการปวดข้อ (joint pain) มีลักษณะการปวดแบบตื้อๆ (dull pain) ปวดในข้อเข่าทั่วๆ ไป อาการปวดจะค่อยเป็นค่อยไป (progressive pain) เป็นการปวดแบบเรื้อรัง (chronic pain) จะปวดมากขึ้นเมื่อเคลื่อนไหวและปวดขณะนอนหลับ (night pain) ปวดมากขึ้นเมื่ออากาศเย็นหรือฝนตก 2) อาการข้อฝืด มักมีอาการหลังตื่นนอน หากขยับข้อสักครู่ จะสามารถขยับข้อได้คล่องขึ้น ส่วนใหญ่มักมีอาการข้อฝืดไม่เกิน 30 นาที อาจพบอาการเกิดขึ้นชั่วคราวในท่อน้ำหรือทำเหยียดในช่วงแรก ซึ่งเรียกอาการนี้ว่า ปรากฏการณ์ข้อฝืด (gelling phenomena) เมื่อมีการอักเสบเรื้อรังร่วมกับการหดตัวของเยื่อรอบข้อเคลื่อนไหวข้อลำบาก ไม่สามารถลงน้ำหนักได้เต็มที่ ไม่มีการขยับข้อเนื่องจากปวดข้อ ทำให้เกิดภาวะข้อยึดติดแข็ง (stiffness of joint) เกิดข้อผิดรูปและไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ เกิดความพิการของข้อเข่า และ 3) อาการมีเสียงดังในข้อขณะเคลื่อนไหว งอเข่าหรือเหยียดเข่า (crepitus) (นงพิมล นิมิตรานันท์, 2557; AHRQ, 2017) ทั้งนี้ ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (Wu, 2016)

ระยะที่ 1 ข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มแรก (minor osteoarthritis of knee) มีการสูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อเล็กน้อย (slightly damage) เพียงร้อยละ 10 และเริ่มมี

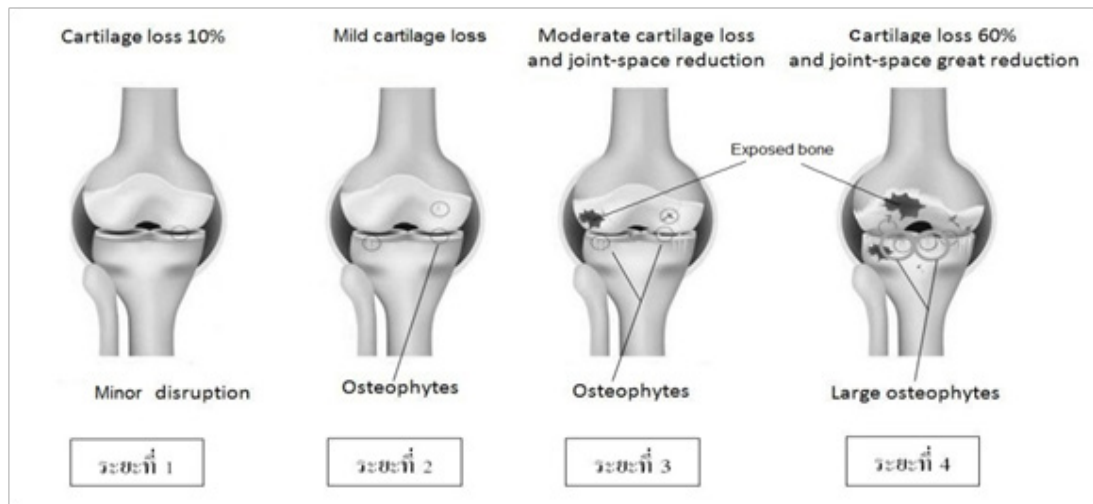
กระดูกงอก (osteophytes or bone spurs) บริเวณขอบของข้อ ในระยะนี้ ผู้ป่วยยังไม่มีรู้สึกปวดข้อ แต่อาจมีอาการตึงข้อเมื่อมีการเปลี่ยนท่าทาง

ระยะที่ 2 ข้อเสื่อมเล็กน้อย (mild osteoarthritis of knee) กระดูกอ่อนผิวข้อมีการสึกกร่อนและบางลง มีกระดูกงอกเป็นปุ่ม ๆ ที่ขอบของข้อ ช่องว่างระหว่างกระดูกข้อเข่ายังเหมือนปกติ ในระยะนี้ ผู้ป่วยมีอาการปวดข้อเล็กน้อย ขัดฝืด และมีเสียงในข้อเข่า

ระยะที่ 3 ข้อเสื่อมปานกลาง (moderate osteoarthritis of knee) กระดูกอ่อนผิวข้อสึกกร่อนและเกิดกระดูกงอกมากขึ้น ช่องว่างระหว่างกระดูกข้อเข่าแคบลง กระดูกข้อเข่ามีการเสียดสีกัน และมีการอักเสบของข้อและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อ ทำให้มีการผลิตน้ำในข้อเข่ามากขึ้น หรือเรียกว่า “water of knee” (synovitis) ข้อเข่าบวม ในระยะนี้ เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมประจำวันจะมีอาการปวดข้อเข่า ข้อติดขัด ฝืดแข็ง มีอาการขัดข้อเข่าขณะเดิน

และเกิดเสียงในข้อเข่ามากขึ้น รวมทั้งเริ่มมีอาการข้อเข่าหลวมจากเอ็นรอบข้อเข่ายึดและกล้ามเนื้อมีความแข็งแรงลดลง ทำให้ข้อเข่ามีความมั่นคงและความคล่องตัวลดลง

ระยะที่ 4 ข้อเสื่อมรุนแรง (severe osteoarthritis of knee) หรือข้อเสื่อมระยะสุดท้าย กระดูกอ่อนผิวข้อสึกกร่อนถึงร้อยละ 60 กระดูกทั้งองบริเวณขอบข้อมีขนาดใหญ่ขึ้น กระดูกข้อเข่าชิดติดกัน ยังมีการอักเสบของข้ออย่างต่อเนื่อง แต่น้ำในข้อมีปริมาณลดลง ทำให้ข้อมีการเสียดสีกันมากขึ้น ในระยะนี้ ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่ามาก ข้อเข่าผิดรูป คือ มีลักษณะเข่าโก่ง เข่าแอ่นหรือเข่าชนกัน ข้อเข่าหลวมมากขึ้น ทำให้เกิดความไม่มั่นคงขณะยืน เดิน มีอาการฝืดขัดมากขึ้น เดินลำบาก มีการจำกัดการเคลื่อนไหวทั้งการงอและการเหยียด กำลังกล้ามเนื้อรอบข้อจะอ่อนแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการหกล้มได้ง่าย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมทั้ง 4 ระยะ แสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม 4 ระยะ (ที่มา: ดัดแปลงจาก Wu, 2016)

ระยะที่ 1 ข้อเสื่อมระยะเริ่มแรก: สูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อเล็กน้อย (minor disruption) ประมาณร้อยละ 10

ระยะที่ 2 ข้อเสื่อมเล็กน้อย: สูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อร่วมกับมีกระดูกงอกเป็นปุ่มเล็ก ๆ บริเวณขอบของข้อ

ระยะที่ 3 ข้อเสื่อมปานกลาง: กระดูกอ่อนผิวข้อสึกกร่อนกระดูกข้อเข่าบางส่วนไม่มีกระดูกอ่อนคลุม (exposed bone) ร่วมกับมีกระดูกงอกมากขึ้น และช่องระหว่างข้อเข่าแคบลง

ระยะที่ 4 ข้อเสื่อมรุนแรง: สูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อประมาณร้อยละ 60 กระดูกข้อเข่าส่วนใหญ่ไม่มีกระดูกอ่อนคลุม มีกระดูกงอกขนาดใหญ่บริเวณขอบของข้อ และกระดูกข้อเข่าชิดติดกันจนไม่เห็นช่องว่างระหว่างข้อ

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
พยาบาลสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ดังนี้ (นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์, 2557; AHRQ, 2017)

1. การซักประวัติสุขภาพ ซึ่งในที่นี้ ผู้เขียนได้กล่าวถึงสาเหตุ อาการและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมดังข้างต้นแล้ว

2. การตรวจร่างกายโดยใช้การสังเกตและการคลำเป็นหลัก ซึ่งการตรวจร่างกายทั่วไป ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การประเมินค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) การสังเกตท่าทางการเดิน การทรงตัว และการตรวจข้อเข่า ด้วยการสังเกตขนาดรูปร่างของข้อเข่า ตำแหน่งและลักษณะของกระดูกสะบ้า การบวมของกระดูกสะบ้าและกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps muscle) โดยเปรียบเทียบความสมมาตร (symmetry) ของเข่าทั้งสองข้าง สังเกตการผิดรูปของข้อเข่า การโก่งงอเข่าด้านในของข้อเข่า (varus) การที่ปลายขาเกออกด้านนอก (valgus knee) และสังเกตอาการบวม แดง ร้อน และกดเจ็บของข้อเข่า รวมทั้งการตรวจพิสัยการเหยียดงอ (range of motion: ROM) ของข้อเข่าทั้งสองข้างในท่าเหยียด ท่างอ ท่าหุบเข่า ท่ากางออก และท่าหมุน

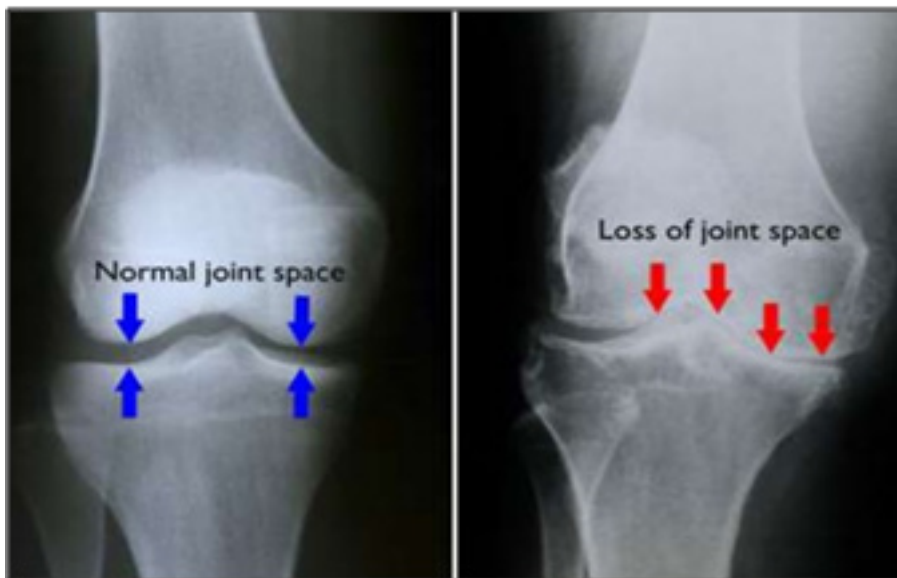
3. ประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบประเมิน Oxford Knee Score ซึ่งประเมินอาการผู้ป่วย 12 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-48 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0-19 คะแนน) มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20-29 คะแนน)

เริ่มมีอาการโรคข้อเข่าเสื่อม (30-39 คะแนน) และไม่พบอาการผิดปกติ (40-48 คะแนน)

4. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือดัชนีบาร์เธล เอ็ดดอล (the Barthel activity of daily living) เพื่อประเมินว่าโรคข้อเข่าเสื่อมมีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือไม่

5. การประเมินด้านจิตสังคม โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Wallis & Taylor, 2011) เช่น The short form 36-Health Survey (SF-36) ซึ่งแบ่งออกเป็น 8 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function: PF) บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย (role limitation due to physical health problems: RP) ความเจ็บปวด (bodily pain: BP) บทบาททางสังคม (social function: SF) สุขภาพจิต (general mental health: MH) บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ (role limitation due to emotional problems: RE) ความกระฉับกระเฉง (vitality: VT) และความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป (general health perception: GH) รวมจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ เพื่อการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

6. ติดตามผลการตรวจเอกซเรย์ข้อเข่า เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยภาพเอกซเรย์จะเห็นช่องของข้อเข่าแคบลง (narrow of joint space) ช่องระหว่างส่วนปลายของกระดูกต้นขา กับส่วนต้นของกระดูกหน้าแข้งชิดติดกัน ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ภาพเอกซเรย์ข้อเข่าปกติ (ภาพซ้าย) และข้อเข่าเสื่อม (ภาพขวา)

(ที่มา: Department of Research & Scientific Affairs, America Academy of Orthopaedic Surgeons, 2014)

ข้อเข่าปกติ (ภาพซ้าย) พบกระดูกอ่อนผิวข้อเป็นมัน ช่องระหว่างข้อแยกออกจากกัน

ข้อเข่าเสื่อม (ภาพขวา) พบช่องระหว่างข้อแคบจนชิดติดกัน (severe loss of joint space)

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งการรักษามี 3 วิธี ดังนี้ (ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2552)

1. การรักษาด้วยวิธีประคับประคอง (conservative treatment) หรือการรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatment) มีดังนี้

1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมแก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่องปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความอ้วน อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ การบาดเจ็บและแรงเค้นซ้ำๆ การใช้งานของข้อที่ผิดวิธี รวมถึงการดำเนินของโรค และแนวทางการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

1.2 การลดปัจจัยที่ทำให้ข้อเสื่อมมากขึ้น โดยมีวิธีการดังนี้

ก) การลดน้ำหนักตัว ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก หรือมีค่าดัชนีมวลกายเกิน 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ควรลดน้ำหนักตัวลงให้ใกล้เคียงมาตรฐาน โดยการออก

กำลังกาย และลดการรับประทานอาหารประเภทแป้ง ข้าว น้ำตาลเนื่องจากหาคำหนักตัวเพิ่มขึ้นก็จะมีแรงกระทำต่อข้อเข่ามากขึ้น โดยน้ำหนักตัวจะเพิ่มแรงกดที่ผ่านข้อเข่าซ้ำๆ ทุกวัน ซึ่งแนวแรงจะตกผ่านด้านใน (medial compartment) และด้านนอก (lateral compartment) ประมาณ 2.50 เท่า ทั้งนี้ควรลดน้ำหนักตัวลงประมาณร้อยละ 5 (ภัทรวัฒน์ วรรณรัตน์, 2557)

ข) การปรับเปลี่ยนท่าทางหรืออิริยาบถในชีวิตประจำวัน หลีกเลี่ยงการนั่งคุกเข่า การขัดสมาธิ การนั่งพับเพียบ เพราะการนั่งในท่าที่ข้อเข่ามาก ๆ จะทำให้เพิ่มแรงดันภายในข้อเข่า และกระดูกที่ออกจากโรคข้อเข่าเสื่อมจะไปกดทับเนื้อเยื่ออ่อนรอบๆ ข้อเข่า ทำให้มีอาการปวดมากขึ้น

1.3 การออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อเข่า เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อเข่า เพิ่มความแข็งแรงของข้อ (strength) ความคงทน (endurance) และความยืดหยุ่น (flexibility) โดยการออก

กำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ โยคะ การขี่จักรยานโดยปรับอานให้สูงเล็กน้อยเพื่อลดการงอของข้อเข่า

1.4 การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อลดอาการปวด บวม และป้องกันข้อเข่าเสื่อม เช่น ข้อติด ข้อผิดรูป

1.5 การประคบด้วยสมุนไพร เป็นการรักษาทางเลือกแก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อลดอาการปวดข้อเข่า การประคบเย็นทำให้ความร้อนภายในข้อเข่าที่มีการอักเสบลดลง และสามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าได้ดีขึ้น (ชุดินันท์ ขันทะยศ และกนกพร ปัญญาดี, 2560) ส่วนการประคบความร้อนสมุนไพรจะช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนของเลือดรอบๆ ข้อเข่า ช่วยคลายกล้ามเนื้อและลดความปวด (ฐานิตา สุวรรณชัย, ธันยาพร แก้วมณี, อำพล บุญเพียร, และอรุณีย์ ยันตรปรกรณ์, 2559)

1.6 การใช้เครื่องช่วยพยุง (assistive device) เพื่อลดแรงกระทำต่อข้อเข่า เช่น เครื่องช่วยพยุงเดิน (walker) ไม้เท้า (cane) หรือรถเข็น เพื่อช่วยแบ่งเบาแรงกระทำต่อข้อเข่า กรณีใช้ไม้เท้าหรือรถเข็น ให้ถือด้านตรงข้ามกับด้านที่ปวด

1.7 การใช้กายอุปกรณ์เสริมข้อเข่า เพื่อช่วยลดแรงกระทำต่อข้อเข่าระหว่างการทำกิจวัตรประจำวัน

2. การรักษาด้วยการใช้ยา (pharmacological treatment) โดยยาที่ใช้รักษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มยาที่ควบคุมอาการของโรค (symptom-modifying drugs) มีดังนี้ ก) ยาบรรเทาปวดและลดไข้ ได้แก่ paracetamol หรือ acetaminophen ข) ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) เช่น ibuprofen, loxoprofen, pyroxicam ค) tramadol เมื่อให้ paracetamol และ NSAIDs ไม่ได้ผล และ ง) corticosteroid เช่น triamcinolone, hydrocortisone โดยการฉีดเข้าข้อ (intra-articular injection)

2.2 กลุ่มยาที่ปรับเปลี่ยนและชะลอการเสื่อมของกระดูกอ่อน (structural modifying drugs) ช่วยชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ chondroitin sulfate

และ glucosamine sulfate ซึ่งจะช่วยสังเคราะห์มวลสารในกระดูกอ่อน (matrix) ช่วยซ่อมแซมกระดูกอ่อนผิวข้อ และเพิ่มน้ำหล่อเลี้ยงข้อ ทำให้กระดูกอ่อนทำงานได้ดีขึ้น

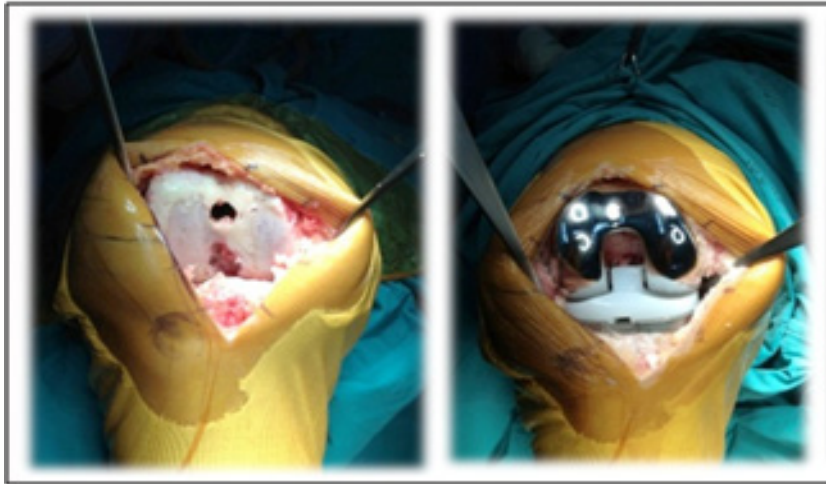
3. การรักษาด้วยการผ่าตัด (operative treatment) เป็นการรักษาที่ควรใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง มีอาการปวดมากขณะเดินหรือเคลื่อนไหวข้อเข่าผิดรูป หรือไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ปัจจุบันมีวิธีการผ่าตัดข้อเข่าที่นิยมใช้ 4 รูปแบบ ดังนี้ (พัชรพล อุดมเกียรติ, 2554)

3.1 การส่องกล้องล่าง (arthroscopic debridement) แพทย์จะพิจารณาใช้ในรายที่การเสื่อมของข้อเข่ายังไม่มาก หรือกรณีผู้ป่วยมีอาการเข่าล็อก เวลางอเข่าแล้วรู้สึกติดขัดมาก หรือสงสัยว่าหมอนรองกระดูกแตก

3.2 การผ่าตัดเปลี่ยนแนวกระดูก (osteotomy) เป็นการผ่าตัดและปรับให้กระดูกเอียงกลับมากในทิศทางตรงกันข้าม เพื่อลดแรงผ่านข้อเข่าด้านที่มีการสึกมากกว่า โดยจำเป็นต้องใส่เหล็กเข้าไปตามไว้ เหมาะกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและข้อเข่ายังเสื่อมไม่มาก หรือมีข้อเข่าเสื่อมเพียงด้านเดียว

3.3 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเดี่ยวเดียว (unicompartmental knee replacement) เป็นการเปลี่ยนด้านในของข้อเข่า ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่ข้อเข่ายังโก่งไม่มาก และอีกด้านหนึ่งของข้อเข่าและลูกสะบ้ายังไม่เสื่อม ข้อดีคือ แผลผ่าตัดจะมีขนาดเล็ก ไม่เจ็บปวดมาก สามารถลงน้ำหนักเดินได้ภายใน 1-2 วัน ทำให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น

3.4 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (total knee replacement or arthroplasty) เป็นการผ่าตัดที่ต้องเปลี่ยนผิวข้อเข่าทั้งหมด ทั้งกระดูกต้นขา กระดูกขา และอาจรวมกระดูกสะบ้าด้วย โดยอาศัยการนำข้อเทียมเข้าไปครอบกระดูกที่เสื่อมไว้ วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมรุนแรงจนไม่สามารถใช้การรักษาวิธีอื่นได้ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียม โดยศัลยแพทย์ผ่าตัดเอากระดูกอ่อนผิวข้อที่เสื่อมสภาพออก แล้วนำส่วนข้อเท้าเทียมใส่ทดแทน (ที่มา: วรากร จริงจิตร, 2560)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้า

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด โดยการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้า แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (pre-operative care) เมื่อศัลยแพทย์กระดูกนัดผู้ป่วยมาเตรียมผ่าตัด ในช่วงก่อนผ่าตัด 2-3 สัปดาห์ พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมของร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และแนะนำผู้ป่วยถึงการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้า รวมถึงแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ดังนี้

1.1 การประเมินความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีแนวทางดังนี้

1.1.1 การซักประวัติ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการ ลักษณะการปวดขา และความสามารถในการใช้งานของขา โรคประจำตัวที่มีผลต่อการผ่าตัด โรคทางพันธุกรรม การแพ้ยาและสารต่างๆ ยาที่รับประทานเป็นประจำ หากได้รับยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด เช่น ASA แพทย์จะให้

หยุดยาก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกง่าย

1.1.2 การส่งเอกซเรย์ข้อเท้า เพื่อดูพยาธิสภาพของข้อเท้า หรือการตรวจข้อเท้าด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เพื่อดูสภาพกล้ามเนื้อ เอ็น และเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อเท้า รวมทั้งการส่งเอกซเรย์ทรวงอก (chest X-ray) เพื่อประเมินความผิดปกติของระบบหายใจ

1.1.3 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือดเพื่อดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด อัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง การทำงานของไต (BUN, creatinine และ electrolyte) การทำงานของตับ รวมถึงการตรวจปัสสาวะ ทั้งนี้ ผู้ป่วยควรได้รับการแก้ปัญหาเรื่องการติดเชื้อหรือรังในรบบทางเดินปัสสาวะจากแพทย์ เช่น จากต่อมลูกหมากโต เพราะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอาจทำให้ติดเชื้อที่ข้อเทียมได้

1.1.4 การส่งตรวจหาหมู่เลือด หากแพทย์มีแผนการรักษาให้เตรียมเลือดก่อนผ่าตัด ควรแนะนำให้ผู้ป่วยบริจาคเลือดของตนเองไว้ใช้ในการผ่าตัด ในช่วง 3-4 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด

1.1.5 การส่งตรวจสุขภาพของฟัน การรักษาโรคฟัน การรักษาการติดเชื้อของฟันหรือเหงือก โดยควรรักษาให้หายก่อนผ่าตัด เพราะการมีฟันผุและการติดเชื้อ

ในช่วงปากอาจทำให้มีเชื้อแบคทีเรียแพร่กระจายไปตามกระแสเลือด ทำให้เกิดการติดเชื้อของข้อเทียมได้

1.1.6 การส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography: EKG) เพื่อประเมินการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จังหวะการเต้นของหัวใจ และความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

1.2 การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม เพื่อลดความวิตกกังวล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูปสภาพได้เร็วขึ้น อีกทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม เพื่อถนอมข้อเข่าเทียมให้ใช้งานได้ยาวนาน ดังนั้น พยาบาลควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ดังนี้

1.2.1 การแนะนำก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด 8-12 ชั่วโมง การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะ การทำความสะอาดร่างกายและผิวหนังก่อนผ่าตัด รวมถึงความปลอดภัยจากการผ่าตัด การขอยาแก้ปวด และการใช้เทคนิคเย็บแผลความปลอดภัย การบริหารกล้ามเนื้อขา การฝึกลุกจากเตียง และการฝึกเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุงหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.2.2 การแนะนำเกี่ยวกับการดูแลของ تیمแพทย์ และพยาบาลระหว่างการผ่าตัด (intra-operative care) ว่าผู้ป่วยจะได้รับการระงับความรู้สึก ซึ่งมีทั้งชนิดระงับความรู้สึกทั่วไป (general anesthetic drug) หรือการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (spinal anesthesia) เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดระหว่างการผ่าตัด ในห้องผ่าตัดจะมีทีมช่วยแพทย์ขณะผ่าตัด คือ พยาบาลส่งเครื่องมือ และวิสัญญีพยาบาล เพื่อเฝ้าดูแลติดตามสัญญาณชีพ การได้รับยาระงับความรู้สึกและการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยในปัจจุบันจะมีทีมพยาบาลส่งเครื่องมือและวิสัญญีพยาบาลมาเยี่ยมผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลขณะผ่าตัด

เช่น “การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง โดยการผ่าตัดจะตัดเอาผิวข้อที่เสียออก และใช้ผิวข้อเทียมที่ทำด้วยโลหะและมีส่วนพลาสติกกันระหว่างผิวโลหะ เพื่อป้องกันการกระแทกและลดแรงเสียดสีระหว่างผิวข้อหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะอยู่ในห้องพักฟื้นเป็นเวลา 1-2 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึกแล้ว จะถูกย้ายกลับไปห้องพักผู้ป่วย” ซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และเพิ่มความมั่นใจในการได้รับการผ่าตัดมากขึ้น

1.2.3 การฝึกการบริหารกล้ามเนื้อ เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นสภาพได้เร็ว และลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล โดยควรฝึกการบริหารดังนี้

1) การฝึกการหายใจโดยให้กล้ามเนื้อกะบังลมมีการหดตัว เพื่อให้ปอดระบายอากาศได้ดี ป้องกันภาวะปอดแฟบ มีวิธีปฏิบัติคือ (ก) ให้ผู้ป่วยนอนหงาย วางมือทั้งสองข้างบริเวณหน้าท้อง หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ให้หน้าท้องบริเวณที่มีวางอยู่ปองออก หายใจออกช้าๆ ทางปาก พร้อมกดมือลงเบาๆ ทำซ้ำ 5 ครั้ง และ (ข) ให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ วางมือทั้งสองข้างบริเวณหน้าท้อง จากนั้นทำเช่นเดียวกับ (ก)

2) การฝึกเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อไหล่และแขน เพื่อเพิ่มกำลังในการใช้เครื่องช่วยพยุงขณะเดิน โดยให้ผู้ป่วยใช้มือจับส่วนปลายทั้งสองด้านของไม้หรือท่อพลาสติกที่ยาวประมาณ 1.50 เมตร จากนั้นให้เหยียดและงอข้อศอกขึ้น-ลง ทำซ้ำ 20 ครั้ง

3) การออกกำลังกายข้อเข่า ซึ่งจะส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าขา กล้ามเนื้อเหยียดเข่า เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบเข่า โดยการบริหารจะเริ่มจากง่ายไปยาก ดังนี้ (ก) ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้หมอนรองใต้ข้อเท้าหรือเอ็นร้อยหวาย ออกแรงเกร็งให้เข่าเหยียดมากที่สุด เกร็งค้างไว้ประมาณ 5-10 วินาที แล้วจึงผ่อนแรง ทำซ้ำรอบละ 5-15 ครั้ง วันละ 3 รอบ และ (ข) ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้หมอนหรือผ้าม้วนเล็กๆ วางใต้เข่า เหยียดเข่าตรง นับ 1-10

โดยทำนี้ควรทำในช่วงแรกหลังผ่าตัด

1.3 การติดตั้งและปรับปรุงอุปกรณ์ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมของข้อเข่าเทียมและถนอมข้อเข่าเทียมให้ใช้งานได้นาน มีแนวทางดังนี้

1.3.1 จัดบ้านให้โล่ง สว่าง ไม่มีสิ่งกีดขวางบนทางเดิน เพื่อป้องกันการสะดุด

1.3.2 ส้วม ควรเป็นแบบชักโครก มีราวจับบริเวณส้วม เพื่อช่วยในการลุก

1.3.3 ห้องน้ำ ควรมีราวจับ ใช้วัสดุกันลื่น และควรมีกาอี้ที่นั่งพลาสติกไว้ใช้เวลาอาบน้ำฝักบัว ซึ่งจะช่วยเพิ่มความปลอดภัยและความสะดวกสบายขณะอาบน้ำ โดยแนะนำให้หลีกเลี่ยงการอาบน้ำในอ่างอาบน้ำ เพราะผู้ป่วยอาจลื่นล้มได้ง่าย

1.3.4 บันได ควรมีราวจับ เพื่อความมั่นคงในขณะขึ้น-ลงบันได

1.3.5 ควรมีกาอี้ที่นั่งได้สบาย มีพนักพิง และที่วางแขน รวมถึงเก้าอี้สำหรับวางพาดเท้าในช่วงที่ต้องยกขาสูง

การเตรียมผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนผ่าตัด นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ฝึกบริหารกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้านก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (post-operative care) การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.1 การพยาบาลหลังผ่าตัดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก (early phase) ซึ่งเป็นระยะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤตที่ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ เช่น การอุดตันของทางเดินหายใจ การเสียเลือด การเกิดภาวะช็อก ดังนั้น พยาบาลจึงต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การพยาบาลในระยะนี้ควรปฏิบัติดังนี้

2.1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว และประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก ½ ชั่วโมง

2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่

2.1.2 ประเมินการฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึก โดยประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกาย การหายใจ ระดับความรู้สึกตัว ระบบไหลเวียนเลือด ระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด สีผิว อาการคลื่นไส้ อาเจียน กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ต้องจัดให้นอนหงายราบนาน 6 ชั่วโมง

2.1.3 ประเมินความปวดแผล โดยระบุเป็นคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ได้แก่ ไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย (0-3 คะแนน) ปวดปานกลาง (4-7 คะแนน) และปวดมากถึงมากที่สุด (8-10 คะแนน) รวมถึงสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก (non-verbal behavior) ได้แก่ (ก) การแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้า nhăn คิ้วขมวด กัดฟัน หลับตาแน่น (ข) การแสดงออกทางการเคลื่อนไหว เช่น นอนสงบนิ่ง นอนบิดตัวไปมา (ค) การแสดงออกทางน้ำเสียง เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้ สูดปาก และ (ง) การแสดงออกทางอารมณ์ เช่น กระสับกระส่าย หงุดหงิด เมื่อพยาบาลประเมินความปวดแล้ว จากนั้นต้องดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดในระยะนี้เมื่อมีอาการเจ็บจากการผ่าตัด โดยให้ morphine ตามแผนการรักษา เพื่อบรรเทาอาการปวด และให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

2.1.4 ประเมินการมีเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด และจากขวดระบายเลือดแบบสุญญากาศ (vacuum drain) หากเลือดออกมากกว่า 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ ประเมิน Hct ตามแผนการรักษา จัดวางขวดระบายเลือดให้ต่ำกว่าแผลผ่าตัด 1-2 ฟุต ดูแลขวดระบายเลือดให้เป็นแบบระบบปิด และไม่ให้สายยางระบายดึงรั้งกับแผลผ่าตัด อีกทั้งประเมินและบันทึกลักษณะปริมาณ และสีของเลือดหรือน้ำเลือดที่ระบายออกมาทุกเวลา

2.1.5 จัดวางขาข้างที่ผ่าตัดให้ถูกต้อง โดยนำหมอนมาวางหนุนขาข้างที่ผ่าตัด เพื่อยกให้ปลายเท้าสูง หากมีอาการปวดหรือบวมของแผลผ่าตัด ให้ใช้แผ่นเจลเย็นมาประคบบริเวณแผลผ่าตัด ซึ่งจะช่วยลดอาการบวม และแนะนำให้ผู้ป่วยกระดกปลายเท้าขึ้น-ลง เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ลดการเกิดอาการบวมบริเวณปลายเท้า

2.1.6 ประเมินการรัดของผ้ายึดพันแผลผ่าตัด หากผ้ายึดพันแผลรัดแน่นเกินไปจะทำให้การไหลเวียนเลือด ส่วนปลายไม่ดี เส้นประสาทบริเวณน่องและปลายเท้าถูกกด ซึ่งพยาบาลควรประเมินอาการ 6 P ได้แก่ อาการปวด (pain) อาการชาและความรู้สึกลดลง (paresthesia) อาการซีด (pallor) อาการอ่อนแรงหรือการเคลื่อนไหวไม่ได้ของขาข้างที่ผ่าตัด (paralysis) การคลำชีพจร ส่วนปลายไม่ได้ (pulseless) และการเย็นของอวัยวะส่วนปลาย (polar) หากพบอาการดังกล่าว จะต้องรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาคลายผ้ายึดรัดข้อเท้า

2.1.7 ดูแลการได้รับสารน้ำทางเลือดเลือดดำ โดยดูอัตราการไหลของสารน้ำต่ออนาที่ หากผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และมีแผนการรักษาให้รับประทานอาหารได้ ควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและดื่มน้ำ โดยระวังการสำลักหรืออาเจียน

2.1.8 ดูแลความสุขสบาย ความสะอาดของ เสื้อผ้าและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และป้องกันการติดเชื้อจาก สิ่งแวดล้อมสู่ตัวผู้ป่วย

2.1.9 ดูแลสายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter) ประเมินและบันทึกปริมาณสารน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออก ทุกเวอร์

เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินและการดูแลหลังผ่าตัด ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก จนกระทั่งสัญญาณชีพคงที่ ความปวดลดลง และได้รับการพักผ่อนเพียงพอ พยาบาล จึงดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

2.2 การพยาบาลหลังผ่าตัดในระยะ 24-72 ชั่วโมง (intermediate phase) ในระยะนี้ สัญญาณชีพ และอาการต่าง ๆ จะคงที่ แพทย์มักพิจารณาให้ถอดสาย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ถอดสายสวนปัสสาวะ และ ถอดสายระบายเลือด พยาบาลจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วย ลุกจากเตียง เดิน เคลื่อนไหว หรือเริ่มให้ผู้ป่วยทำกิจวัตร ประจำวันด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยพยุง หากผู้ป่วยไม่สามารถ เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้เพียงพอ จะเป็นปัจจัยขัดขวางต่อ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการนอนนาน เช่น ลิ่มเลือดอุดตันที่ขา ปอดอักเสบ

ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะนี้ บางรายอาจครอบคลุมไปถึง 1-7 วันหลังผ่าตัด ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อเท้าในระยะนี้ ดังนี้

2.2.1 ประเมินอาการปวดและบวมของ แผลผ่าตัด หากมีอาการปวดหรือบวม ให้ใช้แผ่นเจลเย็น มาประคบบริเวณแผลผ่าตัด โดยผู้ป่วยสามารถประคบ ได้บ่อยตามที่ต้องการ

2.2.2 จัดท่าโดยไขว่ห้างให้ศีรษะสูง 30-90 องศา หรือท่าที่ผู้ป่วยสุขสบาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยน อิริยาบถ พลิกตะแคงตัวบนเตียง ทำกายภาพบนเตียง ลุกนั่งด้วยตนเอง และกระตุ้นผู้ป่วยให้ทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ลิ่มเลือด อุดตันที่ขา

2.2.3 ฝึกระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ประเมินการอักเสบและการติดเชื้อของแผลและข้อเท้า ประเมินความไม่มั่นคงของข้อ การหลุดของข้อเท้าเทียม ความยาวหรือความเท่ากันของขา การงอข้อไม่ได้เท่าที่ควร และทำแผลตามแผนการรักษา โดยแพทย์อาจทำแผล และปิดพลาสติกกันน้ำไว้

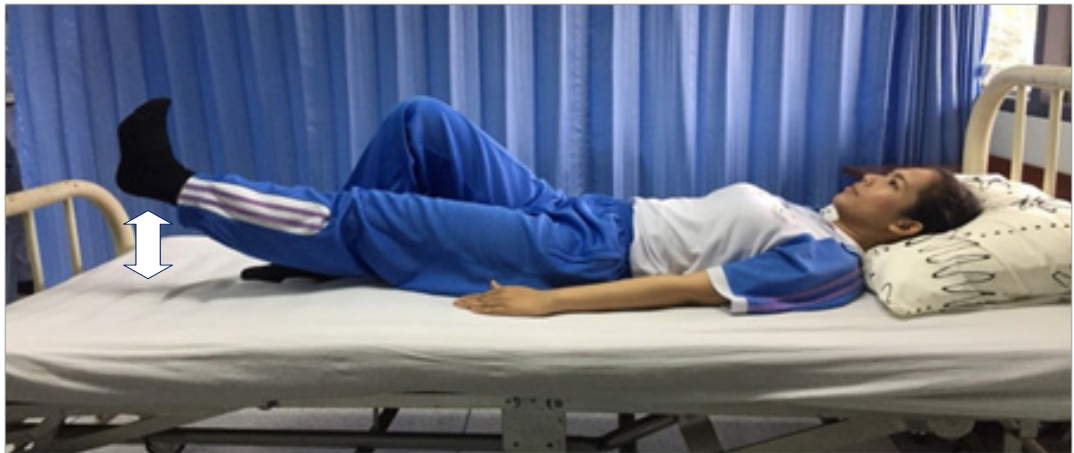
2.2.4 หากผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ควรส่งเสริมให้บริหาร กล้ามเนื้อขาโดยการรอกและเหยียดขา หากทำกายภาพ บนเตียงได้ดี สามารถนั่งห้อยขาข้างเตียงได้ รวมถึงควรฝึก ผู้ป่วยในการขึ้นลงน้ำหนัก การเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน และการลงน้ำหนักบริเวณขาข้างที่ผ่าตัด ซึ่งขึ้นอยู่กับ ดุลยพินิจของศัลยแพทย์

2.2.5 แนะนำให้บริหารกล้ามเนื้อเหยียด ข้อเท้า ซึ่งควรบริหารกล้ามเนื้อเหยียดข้อเท้าแบบพอประมาณ กล่าวคือ หากมีอาการปวดก็ควรหยุดพัก และประคบ ด้วยแผ่นเจลเย็น โดยควรบริหารอย่างนุ่มนวลและสม่ำเสมอ ดังนี้

1) ให้ผู้ป่วยนอนราบบนเตียง เกร็งกล้ามเนื้อ เหยียดขาให้ตรง กดให้ข้อพับด้านหลังข้อเท้าต่ำลงจน กดกับพื้นนอน และเกร็งค้างไว้ประมาณ 10 วินาที (นับ 1-10) จากนั้นให้คลาย ทำวันละ 100-200 ครั้ง

2) ให้ผู้ป่วยนอนราบบนเตียง เกร็งกล้ามเนื้อ
เหยียดขาให้ตรง พร้อมกับยกขาทั้งขาขึ้นสูงประมาณ
30 เซนติเมตร และเกร็งค้างไว้ประมาณ 10 วินาที (นับ 1-10)

จากนั้นให้วางขาลง ทำวันละ 50 ครั้ง การบริหารกล้ามเนื้อ
เหยียดข้อเข่าในท่านอน แสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 การบริหารกล้ามเนื้อเหยียดข้อเข่าในท่านอน

นอกจากนี้ ควรให้ผู้ป่วยบริหาร
กล้ามเนื้อข้อเข่าร่วมด้วย โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง
งอข้อเข่าและตั้งขาขึ้น เท้าวางราบบนพื้นเตียง จากนั้น

ลากเท้าเข้ามาหาตัว ทำซ้ำๆ โดยให้ข้อเข่างอมากที่สุด
ทำวันละ 30-50 ครั้ง การบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า
แสดงในภาพที่ 6



ภาพที่ 6 การบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า

3) ให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ โดยให้ข้อพับของข้อเข่าชิดกับขอบเก้าอี้ เหยียดข้อเข่าให้ตรง (ไม่ต้องกระดกเท้าขึ้น) และเกร็งกล้ามเนื้อขาเหยียดตรง ค้างไว้ประมาณ 10 วินาที (นับ 1-10) จากนั้นให้คลายและ

งอข้อเข่าลง ให้เท้าวางบนพื้น ทำวันละ 100-200 ครั้ง โดยไม่จำเป็นต้องทำติดต่อกัน อาจเลือกทำในช่วงที่ว่าง เช่น ขณะดูโทรทัศน์ การบริหารกล้ามเนื้อเหยียดข้อเข่าในท่านั่ง แสดงในภาพที่ 7



ภาพที่ 7 การบริหารกล้ามเนื้อเหยียดข้อเข่าในท่านั่ง

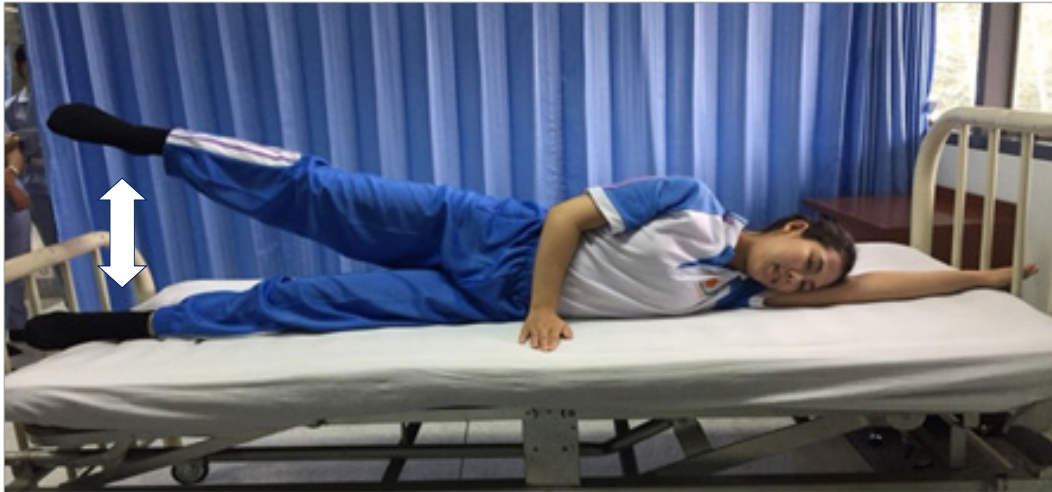
2.2.6 ฝึกผู้ป่วยให้เดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน ซึ่งควรฝึกหลังผ่าตัดวันที่ 2 ร่วมกับการบริหารข้อไหล่และแขน โดยให้ผู้ป่วยเดินระยะสั้นๆ รอบเตียงหรือภายในห้องพัก และฝึกเดินขึ้น-ลงบันได ทั้งนี้ หลังการฝึกเดิน ควรแนะนำให้ผู้ป่วยยกขาสูง และประคบด้วยแผ่นเจลเย็นบริเวณข้อเข่า เพื่อลดอาการบวมของข้อ

2.2.7 แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

2.3 การพยาบาลหลังผ่าตัดในระยะฟื้นฟูสภาพ (late phase) เป็นระยะหลังผ่าตัดตั้งแต่สัปดาห์แรกถึง 1 เดือน ระยะนี้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และกลับไปพักฟื้นที่บ้าน พยาบาลจึงควรให้การดูแล

ช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในระยะฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

2.3.1 แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อและข้อเข่า ซึ่งมีวิธีปฏิบัติดังภาพที่ 5-7 โดยควรทำอย่างสม่ำเสมอ และแนะนำให้บริหารกล้ามเนื้อทางข้อสะโพก ซึ่งเป็นการบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยให้เดินตัวตรง ไม่เอียงซ้าย-ขวา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีเข่าโก่งก่อนผ่าตัด เมื่อบริหารกล้ามเนื้อนี้ได้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเดินตัวตรงมากขึ้น โดยให้ผู้ป่วยนอนตะแคงบนเตียง กางขาออกจากตัวพอประมาณ ทำซ้ำๆ เกร็งค้างไว้ประมาณ 10 วินาที (นับ 1-10) ทำวันละ 30-50 ครั้ง การบริหารกล้ามเนื้อทางข้อสะโพก แสดงในภาพที่ 8



ภาพที่ 8 การบริหารกล้ามเนื้อขาของข้อสะโพก

2.3.2 แนะนำให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ข้อเข่ามากเกินไป เช่น การนั่งยอง การนั่งคุกเข่า การขัดสมาธิ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2.3.3 แนะนำให้รับประทานยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาจนครบ และมารับการตรวจตามนัดหลังผ่าตัดประมาณ 1 เดือน รวมถึงให้สังเกตอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าแผลผ่าตัดบริเวณข้อเข่ามีการอักเสบหรือติดเชื้อได้แก่ อาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณข้อเข่า และมีไข้ หากพบอาการผิดปกติ ควรรีบพบแพทย์ก่อนวันนัด

โรคข้อเข่าเสื่อมพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิและแบบทุติยภูมิ การเปลี่ยนแปลงของโรคข้อเข่าเสื่อมแบ่งออกเป็น 4 ระยะ โดยพยาบาลควรมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ โรคข้อเข่าเสื่อมมีการรักษาหลายวิธีที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคอย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมรุนแรง ซึ่งจะมีอาการขาโก่ง ข้อเข่าผิดรูป หรือมีข้อยึดติดมาก เดินลำบาก การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเป็นการแก้ไขที่ดี พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดี สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองโดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน และเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จะสามารถกลับไปทำงานหรือปฏิบัติภารกิจอื่นๆ ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

เอกสารอ้างอิง

- ชุตินันท์ ชันทะยศ, และกนกพร ปัญญาดี. (2560). ผลของถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12(4), 43-49.
- ฐานิตา สุวรรณรัช, รัชยาพร แก้วมณี, อำพล บุญเพียร, และอรุณี ยันตรปกรณ. (2559). การพัฒนาปอดกระป๋องร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าสำหรับผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลคลองขวาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ “แพทย์แผนไทยภูมิปัญญาแผ่นดิน”*. วันที่ 29-30 สิงหาคม 2559. สืบค้น 18 มิถุนายน 2561, จาก https://administer.pi.ac.th/uploads/eresearcher/upload_doc/2017/proceeding/1504077348601416008393.pdf

- ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์. (2552). *ปวดข้อ-ข้อเสื่อม และ การประยุกต์กระบวนการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- นางพิมล นิมิตรอนันต์. (2557). สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 185-194.
- พัชรพล อุดมเกียรติ. (2554). *การรักษาข้อเข่าเสื่อม โดยการผ่าตัด*. สืบค้น 18 มิถุนายน 2561, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=854>
- ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์. (2557). *อ้วนไม่อ้วน ก็ควรลดไขมัน*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- วรกร จริจิตร์. (2560). *เมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม*. สืบค้น 18 มิถุนายน 2561, จาก <http://www.cmed.cmu.ac.th/th/knowledge-26>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *บอร์ด สปสช.ออกแนวปฏิบัติผ่าข้อเข่าเสื่อม กระจายอำนาจให้เขตช่วยผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา*. สืบค้น 26 มิถุนายน 2561, จาก <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjA0OQ==>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สาระสุขภาพ*. สืบค้น 18 มิถุนายน 2561, จาก http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/file/Issue%2024_58.pdf
- อินทรา ไพนุงศ์, วิภา แซ่เซี้ย, และเนตรนภา คู่พันธ์วี. (2558). โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายต่อผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(1), 99-111.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2017). *Treatment of osteoarthritis of knee: An update review*. Retrieved June 27, 2018, from https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/osteoarthritis-knee-update_research-2017.pdf
- Department of Research & Scientific Affairs, America Academy of Orthopaedic Surgeons. (2014). *Common knee injuries*. Retrieved June 17, 2018, from <https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/common-knee-injuries/>
- Hanusch, B. C., O'Connor, D. B., Ions, P., Scott, A., & Gregg, P. J. (2014). Effects of psychological distress and perceptions of illness on recovery from total knee replacement. *The Bone & Joint Journal*, 96-B(2), 210-216.
- Qi, A., et al. (2016). Negative emotions affect postoperative scores for evaluating functional knee recovery and quality of life after total knee replacement. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 49(1), 1-6. Retrieved June 26, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4678652/pdf/1414-431X-bjmb-1414-431X20154616.pdf>
- Wallace, I. J., et al. (2017). Knee osteoarthritis has doubled in prevalence since mid-20th century. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 114(35), 1-5. Retrieved June 17, 2018, from www.pnas.org/content/early/2017/08/17/03856114.full.pdf

Wallis, J. A., & Taylor, N. F. (2011). Pre-operative interventions (non-surgical and non pharmacological) for patients with hip or knee osteoarthritis awaiting joint replacement surgery--a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 19(12), 1381-1395.

Wu, B. (2016). *The stages of osteoarthritis of the knee*. Retrieved June 17, 2018, from <https://www.medicalnewstoday.com/kc/stages-osteoarthritis-knee-310579>

พยาบาล....วิชาชีพที่จับถ่วงรัก

แพรวพลอย พานเพ็ชร *

Pairploy Panpech *

เคยได้ยินชื่อโรงเรียนความอดทนไหมคะ ที่นี้แหละคะ ที่ฉันเติบโตมาตลอด 4 ปี สิ่งที่ได้เรียนรู้จากที่นี่ในทุกๆ วัน คือ ความอดทน หลายๆ ครั้ง ก็รู้สึกตัวเองจะผ่านมันไปไม่ได้ แต่สุดท้ายเราก็ผ่านมันไปได้ โดยอาศัยสองอย่างคือ ความอดทนและความพยายาม วันแรกที่เข้ามา พ่อกับแม่บอกว่าอดทนนะลูก อาจารย์บอกเราทุกคนต้องอดทน รุ่นพี่บอกว่าน้องต้องอดทน เพื่อนบอกว่าเธอต้องอดทน คำที่ถูกฝังลงในสมองและยังลึกลงไปใจคือ คำว่า อดทน ซึ่งแน่นอนว่าเราทุกคนก้าวผ่านอุปสรรคต่างๆ ได้เพราะความอดทนและความพยายามที่ไม่เคยทรยศเรา โรงเรียนแห่งนี้ไม่ได้สอนแค่ความอดทนและความพยายาม แต่คุณค่าของชีวิต ฉันก็ได้เรียนรู้จากที่นี่ มีรุ่นพี่คนหนึ่งบอกกับฉันว่า ตอนนี้น้องอาจจะรู้สึกไม่ชอบงานพยาบาล แต่เมื่อฉันได้ไปฝึกงาน ได้ดูแลคนไข้ สักวันหนึ่งฉันจะหลงรักวิชาชีพนี้ และวันที่ฉันได้ฝึกงานก็มาถึง สำหรับฉันนั้นเป็นช่วงเวลาที่มีแต่ความเครียด ความกดดัน ความกังวล พุดง่าย ๆ คือฉันแทบไม่มีความสุขเลย ฉันถามตัวเองเสมอว่าอะไรจะทำให้ฉันรักในวิชาชีพนี้ ทำไมฉันหาไม่เจอสักที และฉันก็ได้พบกับคุณลุงคนหนึ่ง เป็นผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ฉันได้ช่วยดูแลเขาแค่หนึ่งวัน ฉันพยายามดูแลเขาอย่างดี ในตอนที่ช่วยพี่พยาบาลดูแลเสมหะให้คุณลุง คุณลุงพยายามยกมือขึ้นมา สายตาที่คุณลุงมองมาที่ฉัน ฉันเห็นถึงความเจ็บปวด ความทรมาน คุณลุงอยากให้หยุด ฉันรู้สึกสงสาร คิดแค่ว่าจะทำอย่างไรให้คุณลุงไม่เจ็บ ตอนนั้นฉันทำได้แค่ยกมือไปลูบบริเวณหน้าอก และบอกว่าอีกนิดเดี๋ยวจะคะ คุณลุงเสมหะแล้วจะได้กินข้าวกัน นั่นเป็นวันสุดท้ายที่เราได้เจอกัน เพราะฉันต้องย้ายไปฝึกวอร์ดอื่น แต่แววตาของคุณลุงวันนั้นฉันยังจำได้ดี และจำได้ว่า

ก่อนจะบอกลา ฉันให้คำสัญญากับตัวเองว่าฉันจะดูแลคนไข้ของฉันให้ดี และในวันนี้ อาจารย์สอนฉันเรื่องความใส่ใจ เมื่อใดก็ตามที่เราทำงานตามหน้าที่ เราก็จะได้แรงงาน แต่ถ้าเราเพิ่มความใส่ใจลงไป สิ่งที่ได้เพิ่มมาคือ ความรู้สึก ความรู้สึกอะไรสักอย่างที่เกิดขึ้น แน่ใจว่ามันเป็นความรู้สึกที่ดี เพราะสิ่งที่เราให้ไปคือ ความปรารถนาดี ถือเป็นช่วงเวลาที่เราคิดว่าเราจุดเริ่มต้นให้เปิดใจกับการเป็นพยาบาลมากขึ้น แต่ยังไม่ใช่ว่าสิ่งที่ตามมา เพราะยังบอกไม่ได้ว่าความรักในวิชาชีพนี้เป็นอย่างไร จนกระทั่งวันสุดท้ายของการฝึกงานในปี 2 ในวอร์ดเด็ก ฉันดูแลเด็กคนหนึ่ง อายุ 1 เดือน น้องเป็นโรคที่ฉันไม่เคยรู้จักมาก่อน ชื่อโรคก็ไม่เคยได้ยิน น้องมีก้อนเนื้อขนาดใหญ่ที่คอ ทำให้หายใจลำบาก ฉันเห็นคำว่า end of life ในชาร์ตคนไข้ ฉันไม่เข้าใจว่าทำไมเด็กคนหนึ่งต้องมาเจออะไรแบบนี้ สายยังไม่ได้เติบโต ยังไม่ได้วิ่งเล่น ยังไม่ได้กลับบ้าน แม่แต่จะเรียกพ่อกับแม่ด้วยซ้ำ ฉันดูแลน้องคนนี้และได้คิดอะไรหลายอย่าง ฉันกำลังเรียนรู้การมีชีวิต น้องเขาร้องไห้ตลอด แต่เมื่อพ่อมาเยี่ยม พ่อจะอุ้มลูกมานอนอยู่บนอกพ่อ พุดคุยกับลูก หอมแก้มลูกด้วยความอ่อนโยน น้องจะหยุดร้อง เพียงแต่พ่อหรือแม่โอบอุ้ม ด้วยโรคที่น้องเป็น หน้าตาน้องอาจจะไม่ได้น่ารักเหมือนเด็กคนอื่น แต่พ่อกับแม่ก็รักน้องมากที่สุด ฉันจึงคิดว่าคนไข้อาจจะไม่ได้เป็นคนสำคัญของหมอหรือพยาบาล แต่เขาคือคนสำคัญของครอบครัวของเขา แต่หมอ พยาบาล ทุกคนในโรงพยาบาลคือคนสำคัญที่จะช่วยให้เขาได้กลับไปอยู่กับครอบครัวของเขา ไปอยู่กับคนที่เขารัก นั่นเป็นวันที่ฉันค้นพบว่านี่คงเป็นสิ่งที่ฉันตามหา การเห็นคุณค่าของชีวิต การมีความสุขที่ได้ทำเพื่อคนอื่น เป็นวันที่ฉันอยากเป็นพยาบาลด้วยความรู้สึกจริง ๆ และ

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ฉันจะต้องเป็นพยาบาลที่ดีและช่วยเหลือคนอื่นให้ได้เวลาที่ฉันดูแลคนไข้ ฉันไม่คิดว่าตัวเองเป็นนักศึกษาพยาบาล แต่ฉันคิดว่าฉันคือคน ๆ หนึ่ง คนที่ฉันดูแลเขา คือคนในครอบครัว ฉันกำลังดูแลคนในครอบครัว เมื่อนั้นฉันก็ไม่ต้องคิดหาคำตอบว่าทำไมต้องทำอะไรจะต้องทำ เพราะหน้าที่ แต่ฉันทำเพราะอยากดูแลเขา

ฉันค้นพบว่าถ้าเรารักในสิ่งที่ทำ สิ่งแรกที่เราจะได้รับ คือ ความสุข ฉันใช้หลักคำสอนตามหลักธรรมจากท่าน ว.วชิรเมธี มาใช้ในการทำงาน คือ เกียรติของคน อยู่ที่ การน้อมตนลงรับใช้เพื่อนมนุษย์ เป้าหมายในการทำงาน คงเป็นแค่ฉันมีความสุขที่ได้ไปทำงาน คนที่ฉันดูแลมีความสุข และได้กลับไปอยู่กับคนที่เขารัก หรือแม้แต่ในวาระสุดท้าย

ของชีวิตคน ก็อยากช่วยให้เขาสุขสงบ ฉันแค่อยากมีความสุขและคนรอบตัวฉันมีความสุข ฉันคิดว่าแค่นั้นคงเพียงพอแล้ว

ในวันที่ต้องเจอกับอุปสรรคและปัญหา ฉันคงผ่านไปไม่ได้ถ้าไม่มีครอบครัวของฉัน อาจารย์ของฉัน พี่พยาบาลของฉัน เพื่อนของฉัน คนไข้ของฉัน ขอบขอบคุณคนในชีวิตที่ทำให้ฉันเป็นในวันนี้ ตลอดเวลา 4 ปีที่ผ่านมา ไม่ได้สุข ร้อยเปอร์เซ็นต์ ไม่ได้ทุกข์ร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นล้วนทำให้เราได้เรียนรู้ ฉันคิดว่าหลายคนคงเคยเป็นแบบฉัน แต่ฉันอยากส่งต่อคำพูดที่ว่า สักวันเราจะหลงรักในวิชาชีพนี้ แค่ต้องหาให้เจอด้วยหัวใจของตัวเอง และหวังเหลือเกินว่า จะได้เติบโตอย่างมีความสุขในวิชาชีพนี้

คำแนะนำ การส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กองบรรณาธิการมีความยินดีที่จะรับรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ จากทุกท่านเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการพิจารณาเรื่องที่จะลงตีพิมพ์ เพื่อความสะดวกในการพิจารณา จึงขอแนะนำการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

สาขาของเรื่องที่จะรับลงตีพิมพ์

1. รายงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข
2. บทความวิชาการด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข รวมทั้งบทความแปลด้านวิชาการ
3. บทความพิเศษที่รวบรวมหรือเรียบเรียงขึ้น อาจเป็นประสบการณ์/ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งประเด็นที่น่าสนใจด้านการพยาบาลและด้านอื่น ๆ

เงื่อนไขการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องที่ไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) จำนวน 2 คน ถ้ามีการปรับปรุงแก้ไข ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้กองบรรณาธิการภายใน 15 วัน
4. ความคิดเห็นของผู้เขียนรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ ไม่จำเป็นต้องมีความเกี่ยวข้องกับวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์โดยใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 และใช้ตัวเลขอารบิก พิมพ์โดยใช้กระดาษขนาด A4 เว้นระยะขอบ 1 นิ้ว ทั้ง 4 ด้าน ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยมีความยาวประมาณ 10-15 หน้า ส่วนต้นฉบับที่เป็นบทความวิชาการมีความยาวประมาณ 6-10 หน้า ส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail : kanisorn2514@gmail.com)
2. บทความย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมกันไม่ควรเกิน 2 หน้ากระดาษ
3. ถ้ามีภาพ ตาราง หรือแผนภาพ เพื่อประกอบเนื้อหา ควรจัดตำแหน่งให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับภาพ ตาราง หรือแผนภาพ ตามลำดับ ให้ครบถ้วน
4. ใส่เลขหน้ากำกับที่มุมบนทางด้านขวามือ ยกเว้นหน้าแรก
5. การใช้ภาษา คำภาษาไทยที่จำเป็นต้องมีภาษาอังกฤษกำกับด้วย ให้ใส่ภาษาอังกฤษเฉพาะเมื่อกล่าวถึงในครั้งแรก ส่วนศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้เขียนทับศัพท์ สำหรับชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนคำจริง ๆ ไม่ต้องเขียนเป็นภาษาไทย ยกเว้นในการเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้เขียนเป็นภาษาไทย เช่น คู่มือรี-ริชาร์ดสัน

รูปแบบของการเขียนต้นฉบับ

1. รายงานการวิจัย มีแนวทางการเขียนส่วนประกอบแต่ละส่วนตามลำดับ ดังนี้

1.1 คำว่า รายงานการวิจัย พิมพ์ไว้ภายในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนทางด้านซ้ายมือ

1.2 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้ที่หน้าแรกตรงกลางและมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำ ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบทและคำสันธาน

1.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน และวุฒิการศึกษาพร้อมสาขา พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเรียงไปทางด้านขวามือ และมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้ที่ด้านล่างของหน้าแรก โดยชิดทางด้านซ้ายมือ (หัวข้อนี้ใช้ตัวอักษรขนาด 14)

1.4 บทคัดย่อ พิมพ์โดยไม่ต้องใส่กรอบ ประกอบด้วย 3 ย่อหน้า (ย่อหน้าแรก เริ่มเขียนจากรูปแบบการวิจัย ย่อหน้าที่ 2 เขียนผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย ส่วนย่อหน้าที่ 3 เขียนเกี่ยวกับข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้) และระบุค่าสำคัญจำนวน 2-5 คำ อยู่ใต้บทคัดย่อ ส่วนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (พิมพ์คำว่า Abstract แทน) ระบุ Keywords จำนวน 2-5 คำ อยู่ใต้บทคัดย่อเช่นกัน

1.5 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) เขียนตามหลักการเขียนรายงานการวิจัยทั่วไป

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย เขียนเป็นแผนภูมิแสดงตัวแปรที่ศึกษา ถ้ามีคำบรรยายนำมาก่อน ให้บรรยายอย่างกระชับและเข้าใจง่าย

1.7 วิธีดำเนินการวิจัย มีส่วนประกอบดังนี้

1.7.1 ประเภทของการวิจัยและการได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.7.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.7.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง เขียนเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองก่อน ตามด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือแต่ละชิ้น ระบุเกี่ยวกับที่มา จำนวนข้อลักษณะคำตอบ เกณฑ์ในการให้คะแนน และเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน จากนั้นเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.7.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล (ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง ใช้ชื่อว่า การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล) เขียนเป็นข้อๆ ตามขั้นตอน

1.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนเกี่ยวกับข้อมูลและระบุชื่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1.8 ผลการวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคล เขียนแบบบรรยาย ส่วนข้อมูลที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย เขียนแบบบรรยายแล้วตามด้วยตาราง ในตาราง จัดตัวเลขให้หลักหน่วยตรงกันและใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง ยกเว้นค่า t , z , r , และ p ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง สำหรับค่า p ให้ใส่ค่าจริง (ถ้าเป็น .000 ให้ใส่ว่า $< .001$) โดยไม่ต้องใส่ * กำกับที่ตัวเลข รวมทั้งไม่ต้องระบุ * ที่ใต้ตาราง

1.9 การอภิปรายผลการวิจัย การเขียนเกี่ยวกับงานวิจัยที่สอดคล้อง/ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ให้อธิบายว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใด (ระบุชื่อเรื่องวิจัย) แต่ละกลุ่มได้รับสิ่งทดลอง/กิจกรรมใด (ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง) และผลการวิจัยเป็นอย่างไร ถ้าใช้งานวิจัยเรื่องเดิมในการอธิบายผลการวิจัย การใช้ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ไม่ต้องระบุแล้วว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใด ให้เขียนต่อจากปี (ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ) ว่าผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1.10 ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ถ้ามีมากกว่า 1 ประเด็น ให้เขียนเป็นข้อๆ

1.11 เอกสารอ้างอิง ดังรายละเอียดต่อไป

หมายเหตุ : การวิจัยแบบทดลอง ให้เขียนโดยนำกลุ่มทดลองขึ้นก่อนกลุ่มควบคุมในทุกแห่ง และให้เปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อน แล้วจึงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (ถ้ามีมากกว่า 1 กลุ่ม)

2. บทความวิชาการ มีแนวทางการเขียนส่วนประกอบแต่ละส่วนตามลำดับ ดังนี้

2.1 คำว่า บทความวิชาการ พิมพ์ไว้ในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนทางด้านซ้ายมือ

2.2 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้ที่หน้าแรกตรงกลางและมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำ ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบทและคำสันธาน

2.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน และวุฒิการศึกษาพร้อมสาขา พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเยื้องไปทางด้านขวามือ และมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้ที่ด้านล่างของหน้าแรก โดยขีดทางด้านซ้ายมือ (หัวข้อนี้ใช้ตัวอักษรขนาด 14)

2.4 ส่วนบทนำ ไม่ต้องเขียนคำว่า บทนำ ความยาวไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ

2.5 ส่วนเนื้อหา

2.6 ส่วนสรุป ไม่ต้องเขียนคำว่า สรุป ความยาวไม่ควรเกิน ½ หน้ากระดาษ

2.7 เอกสารอ้างอิง ดังรายละเอียดต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA style) version 6.0 ดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง

ใช้ระบบนาม ปี ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้ระบุชื่อ นามสกุล กันด้วย , ตามด้วยปี ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษให้ระบุชื่อสกุลเท่านั้น กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยปี ในการเขียนมีหลักการดังนี้

1.1 การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ ถ้าเป็นการเขียนครั้งแรก กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคน กรณีที่มีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) ทุกคนเช่นกัน แล้วกันด้วย , แล้วตามด้วยคำว่า “และ” หรือ “and” ก่อนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) คนสุดท้าย ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วยปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ ถ้าเป็นการเขียนครั้งต่อๆ มา กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วยปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ

1.2 การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ ถ้าเป็นการเขียนครั้งแรก กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคน กรณีที่มีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) ทุกคนเช่นกัน แล้วกันด้วย , แล้วตามด้วยคำว่า “และ” หรือ “&” ก่อนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) คนสุดท้าย ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วย , และปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ถ้าเป็นการเขียนครั้งต่อๆ มา กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้เขียน

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วย , และปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.)

ส่วนการเรียงรายการอ้างอิงที่มีมากกว่า 1 รายการ ให้เรียงจากปีที่เก่ากว่าไปยังปีที่ใหม่กว่า ถ้าเป็นปีเดียวกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรของชื่อ โดยนำภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาอังกฤษ

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง

ให้มีเฉพาะรายชื่อเอกสารที่ได้อ้างอิงในเนื้อเรื่องเท่านั้น โดยมีหลักการเขียนเช่นเดียวกับการอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่องที่เป็นการเขียนครั้งแรก สำหรับชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้ระบุชื่อ สกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อแรก และ . แล้วตามด้วยชื่อกลาง และ .

3. การเรียงลำดับเอกสาร

3.1 เรียงเอกสารภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ

3.2 เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง ไม่ต้องใส่หมายเลขกำกับ

3.3 ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ เรียงตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล

3.4 ถ้าอักษรตัวแรกเหมือนกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรตัวถัดไปเรื่อยๆ

3.5 ถ้าผู้แต่งคนเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์

4. รูปแบบการเขียน

4.1 วารสาร เขียนตามรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. (ปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ.). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ของวารสาร (ฉบับที่), หน้า.

ตัวอย่าง

ประสิทธิ์ จิตดิวัฒน์พงศ์. (2551). ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการจัดบริการแบบ one stop service ในคลินิกยาด่านไวรัส โรงพยาบาลบางละมุง. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 33(1), 67-74.

4.2 หนังสือ

4.2.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเรียงตามลำดับดังนี้

4.2.1.1 ชื่อผู้แต่ง ถ้ามากกว่า 1 คน คั่นด้วย , คนสุดท้ายนำด้วย , คำว่า และจบด้วย .

4.2.1.2 ปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ. เขียนอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ จบด้วย .

4.2.1.3 ชื่อหนังสือ ใช้ตัวเอียง จบด้วย .

4.2.1.4 ครั้งที่พิมพ์ อยู่ในวงเล็บ และต่อจากชื่อหนังสือ จบด้วย .

4.2.1.5 ชื่อเมืองที่พิมพ์ ตามด้วย : (พิมพ์ให้ชิดกับชื่อเมือง)

4.2.1.6 ชื่อสำนักพิมพ์ จบด้วย .

4.2.2 หนังสือภาษาอังกฤษ เขียนเรียงตามลำดับเช่นเดียวกับภาษาไทย แต่แตกต่างกันในการเขียน

ชื่อผู้แต่ง ดังนี้

4.2.2.1 ใช้ชื่อสกุลขึ้นต้น ตามด้วย , อักษรย่อชื่อต้น ตามด้วย . และอักษรย่อชื่อกลาง ตามด้วย .

4.2.2.2 ผู้แต่งแต่ละคนคั่นด้วย ,

4.2.2.3 ผู้แต่งคนสุดท้าย นำด้วย , & และจบด้วย .

4.3 หนังสือที่มีบรรณาธิการ ให้หลักการเช่นเดียวกับหนังสือที่มีผู้แต่งคนเดียวหรือมากกว่า 1 คน แต่มีข้อแตกต่าง ดังนี้

4.3.1 หนังสือภาษาไทย เดิม (บ.ก.) จบด้วย . ตามหลังชื่อบรรณาธิการคนสุดท้าย

4.3.2 หนังสือภาษาอังกฤษ เดิม (Ed.) กรณีที่มีบรรณาธิการคนเดียว หรือเดิม (Eds.) กรณีที่มีบรรณาธิการมากกว่า 1 คน จบด้วย .

4.4 วิทยานิพนธ์

ตัวอย่าง

ลักขณา เทศเปี่ยม. (2552). *ความฉลาดทางอารมณ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งนภา เพ็ชระอำ. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

4.5 ข้อความจากเว็บไซต์

ตัวอย่าง

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2554). *อีก 12 ปี ค่ารักษาพยาบาลคนแก่พุ่งขึ้น 4 เท่า*. สืบค้น วันที่ 20 กรกฎาคม 2554, จาก <http://www.thaitgri.org/>

Salinsky, E., & Scott, W. (2003). *Obesity in America: A growing threat*. Retrieved February 20, 2006, from http://www.nhpf.org/pdfs_bp/BP_Obesity_7-03.pdf