



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 0858-110X (print) ISSN 2651-0944 (online)

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562 Vol. 30 No. 2 July - December 2019



รายงานการวิจัย

- ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาชายของ การศึกษานอกแบบโรงเรียน
- การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภท
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง
- ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดจันทบุรี
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล
- ผลของโปรแกรมบิ๊ตบ๊องภัยทางไกล Stroke ต่อความตระหนักรู้ ความรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- ผลการปรึกษากลุ่มสตรีที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
- ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของพี่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด
- ผลของการกดจุดหยั้งควนต่อการลดความเจ็บปวด และระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด
- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงของระยะที่ 3
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน

บทความวิชาการ

- ความสุขของผู้สูงอายุไทยในยุค Thailand 4.0
- ภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางการดูแล

บทความพิเศษ

- การดูแลพระภิกษุอาพาธสำหรับพยาบาล ตอนที่ 2: การดูแลพระภิกษุอาพาธที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562 Vol. 30 No. 2 July - December 2019

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ฝ่ายจัดการ

1. นายคณิง สัตร์รักษ์
2. นางสาวชลิตา วรภูมิพิศาล

ที่ปรึกษา

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

ดร.มันทนา เหมชะญาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

นางสาวเพ็ญภา พิสัยพันธ์

รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

นางคนิสร เจริญกิจ

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน
(รับบทความถึงสิ้นเดือนธันวาคม)

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม
(รับบทความถึงสิ้นเดือนมิถุนายน)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. ผศ. ดร.ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 4. ดร.हरรรษา เศรษฐบุปผา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. รศ. ดร.อรพรรณ โตสิงห์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 7. รศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 8. ผศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. ดร.บุศริน เอื้อยสีหยก | ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ |
| 2. นางสาวกรรณิการ์ แซ่ตั้ง | ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ |

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

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 2. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 4. ดร.วิรัชพัชร สกุกสันติพร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. ผศ. ดร.ถาวร มาตัน | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 6. รศ. ดร.ปรารธนา สถิตย์วิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาว จันทนะโสตร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 10. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 11. ผศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 12. ดร.วรพล แวงนอก | บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ |
| 13. ดร.ศรีสกุล เจียบแหลม | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 14. ดร.ทองสวย สิทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 15. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16. ดร.ธัสมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. ดร.ชญาดา เนตร์กระจ่าง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.คาราวรรณ 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 (Print) ISSN 2651-0944 (Online)

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562 Vol. 30 No. 2 July - December 2019

หน้า

รายงานการวิจัย

- ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 1
กฤษณ์ สุวรรณรัตน์ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี สุพิศ ศิริอรุณรัตน์
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาชายของ การศึกษานอกระบบโรงเรียน 14
ศรัญญา เจริญศิริ ชัญญิดา ดุษฎี ทูลศิริ ยุวดี สลักนารีระ
- การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต 26
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
กมลทิพย์ ชลังธรรมนิยม วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย ปิยรัตน์ สมันตรัฐ
พัชรี รัชมีแจ่ม
- ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและความรู้สึกรู้สึกคุณค่า ในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท 37
ยุพาพรรณ มาหา ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ชนิตดา แนนเกษร
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง 51
จุฑาทิพย์ ศักดิ์บุญ อารีรัตน์ ขำอยู่ วรณัฏฐ์ เดียวอิศเรศ
- ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดจันทบุรี 62
บรรจง เชนจัดการ จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส ชนิตดา แนนเกษร
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล 76
เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ชนิตดา แนนเกษร
- ผลของโปรแกรมบำบัดถอนภัยห้วงไกล Stroke ต่อความตระหนักรู้ ความรู้ และการปฏิบัติตัว เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 88
ปริญญารัตน์ ปรากฏผล จิรียา อินทนา
- ผลการปรึกษากลุ่มเกสตาลที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้อง ด้วยตนเอง 101
ปริญญ์ อัครเมธาพันธ์ ดลดาว ปุณณานนท์ ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม 111
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
อริสฎาณ์ มาตเชื้อ วรณรัตน์ ลาวัณ สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ
- ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท 123
พิมจันทร์ ภูแก้ว จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส ชนิตดา แนนเกษร

ส
า
ร
บ
ญ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X (Print) ISSN 2651-0944 (Online)

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562 Vol. 30 No. 2 July - December 2019

หน้า

รายงานการวิจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
มาริษา ทองอ่อน จันทนา ยูนิพันธุ์ 134
- ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 148
สุพิศตรา บำรุงจิตระ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด 160
อรพินท์ ชินแข็ง สมสมัย รัตนกริษากุล รุ่งรัตน์ ศรีสุริยาพนธ์
- ผลของการกวดจุดหย่างควนต่อการลดความเจ็บปวด และระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด 173
สุภาพร ประนิดทา สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล
- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อม
จากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 185
ที่มีความสัมพันธ์ของไตรระยะที่ 3
จันจิรา หินขาว ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ สุนทรี เจริญวิทยกิจ
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน 203
พงษ์เทพ โกฉัยพัฒน์ ลัดดา อินทฤทธิ์

บทความวิชาการ

- ความสุขของผู้สูงอายุไทยในยุค Thailand 4.0 219
จิตติยา สมบัติบุรณ์ นุชนาก ประภาศ บุศริน เอี้ยวสีหยก
- ภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางการดูแล 229
คันธรส สุขกุล ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์

บทความพิเศษ

- การดูแลพระภิกษุอาพาธสำหรับพยาบาล ตอนที่ 2: การดูแลพระภิกษุอาพาธที่รับไว้รักษา 239
ในโรงพยาบาล
ชดช้อย วัฒนะ

ส

า

ร

บ

ญ

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัย ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความ วิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุไทย และภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน สำหรับบทความพิเศษนั้นเกี่ยวกับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล คณะผู้จัดทำวารสารฯ มุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมอง ต่างๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารฯ ตระหนักดีว่า องค์ความรู้ด้านต่าง ๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฯ ฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฯ ฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษ ในวารสารฯ ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับผ่านทางระบบวารสารออนไลน์มายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิศร เจริญกิจ

บรรณาธิการ

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์*

Effects of a Self-management Support Program on Diabetes Self-management Behavior and Blood Sugar Level in Women with Gestational Diabetes Mellitus*

กฤษฎี สุวรรณรัตน์, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Kritsanee Suwannarat, M.N.S. (Midwifery)¹

ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, Dr.P.H. (Public Health Nursing)² สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Tatirat Tachasuksri, Dr.P.H. (Public Health Nursing)² Supit Siriarunrat, Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Received: February 23, 2019

Revised: June 9, 2019

Accepted: June 12, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 48 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 24 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .77 และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent *t*-test, Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.257, p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.919, p < .05$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University
มหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kidzy.suwannarat@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

คำสำคัญ: การสนับสนุนการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine effects of a self-management support program on diabetes self-management behavior and blood sugar level in women with gestational diabetes mellitus (GDM). The samples consisted of 48 women with GDM attending antenatal clinic at Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province and were equally divided into an experimental group ($n = 24$) and a comparison group ($n = 24$). The research instruments comprised a self-management support program, a general information questionnaire, a diabetes self-management behavior questionnaire with the reliability of .77, and a blood sugar levels record sheet. The implementation and data collection were conducted from February to June, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t -test, Chi-square test, and Fisher's exact test.

The research results revealed that the experimental group had statistically significant higher mean score of diabetes self-management behavior and lower mean blood sugar level than the comparison group ($t = 4.257, p < .001$ and $t = 1.919, p < .05$, respectively).

This research suggests that antenatal nurses should apply this self-management support program in caring for women with GDM in order to promote their appropriate self-management behaviors and normal blood sugar levels.

Keywords: Self-management support, Diabetes self-management behavior, Blood sugar level, Women with gestational diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่สำคัญที่มีแนวโน้มของการเกิดเพิ่มขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น มีอายุมากกว่า 35 ปี ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มากกว่า 27 kg/m^2 มีประวัติครรภ์ก่อนเป็นเบาหวาน ซึ่งการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์พิจารณาจากค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังการดื่มสารละลาย

น้ำตาลกลูโคส 50 กรัม (50 gm-GCT) และ 100 กรัม (100 gm-OGTT) ตามลำดับ โดยแปลผลตามเกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มข้อมูลเบาหวานแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Diabetes Data Group [NDDG]) และ Carpenter and Coustan (กนกวรรณ ฉันทะนงกุล, 2556) เป้าหมายสำคัญในการดูแลหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยติดตามจากค่าระดับน้ำตาลในเลือด

หลังการรับประทานอาหาร 1 หรือ 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดา เช่น การคลอดยาก ซึ่งจะเพิ่มโอกาสในการผ่าตัดคลอด การคลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารก เช่น ทารกตัวโต มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (เจนพล แก้วกิติกุล และคณะ, 2555) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานครั้งแรก (Carolan, 2013) นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าการตั้งครรภ์ปกติ (สตรีรัตน์ ธาดากานต์, ทศนีย์ พฤกษาชีวะ, และอดิเทพ เชาว์วิศิษฐ์, 2553) ดังนั้นการควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว หญิงตั้งครรภ์ต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ไม่มีประสบการณ์และไม่เคยเผชิญมาก่อนในขณะตั้งครรภ์ จึงต้องอาศัยการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองอย่างเหมาะสม จึงจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (Carolan, 2013) จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เกิดจากมี การรับรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานไม่ถูกต้องไม่ได้รับคำแนะนำ ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ไม่เคร่งครัด ในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย (รัชณี กลิ่นศรีสุข, 2540) ซึ่งเป็นปัญหาเกี่ยวกับการจัดการทางการแพทย์ หญิงตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้มีความรู้ ความสามารถในการจัดการตนเองให้ดี ทั้งด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้เกิดเป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) เป็นแนวคิดสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของบุคลากรด้านสาธารณสุขในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ที่เน้นการประเมินความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหา และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การอภิปรายปัญหา/อุปสรรค และการวางแผนการติดตาม ซึ่งแนวทางการปฏิบัติดังกล่าวเป็นไปตามรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's Model of Self-Management Support) ของ Glasgow, Davis, Funnell, and Beck (2003) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ อุททอง, ทิพมาส ชินวงศ์, และเพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ (2558) ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (Suwankruhasn, Pothiban, Panuthai, & Boonchuang, 2013) ดังนั้น การสนับสนุนการจัดการตนเองจึงเป็นกระบวนการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ถึงแม้ในปัจจุบัน การศึกษาการสนับสนุนการจัดการตนเองส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานได้ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการตนเองร่วมกับทีมสุขภาพได้ โดยใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow et al. (2003) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเชื่อว่า หากหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง การให้ข้อมูลและฝึกทักษะการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง การวางแผนการจัดการตนเอง และการได้รับการติดตาม ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข จะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์และทารก

ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด อันจะส่งผลให้คลายความวิตกกังวล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และประเทศชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

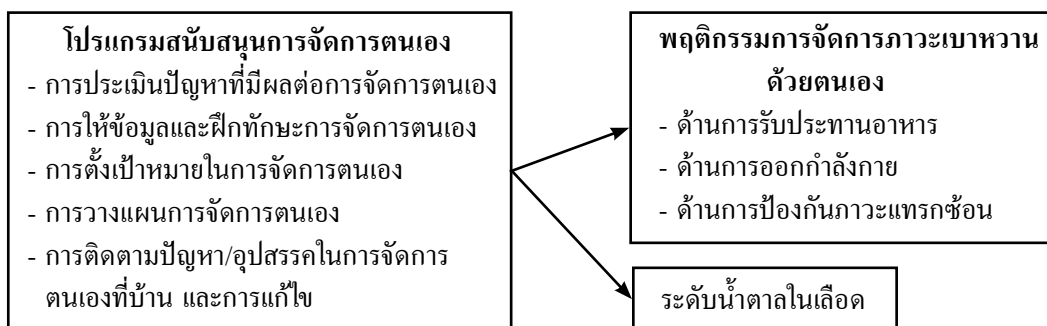
1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's Model of Self-Management Support) ของ Glasgow et al. (2003) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง 2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะการจัดการตนเอง 3) การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง 4) การวางแผนการจัดการตนเอง และ 5) การติดตามปัญหา/อุปสรรคในการจัดการตนเองที่บ้าน และการแก้ไข โดยเชื่อว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง จะมีพฤติกรรมจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม โดยจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดหลังการทดลอง (two groups, posttest only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาล

พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มารับบริการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมิถุนายน 2561 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 สัปดาห์ 3) ได้รับการรักษาโดยการควบคุมอาหาร 4) ไม่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์

ก่อน 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม 6) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมอื่น ๆ 7) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย 8) มีโทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารได้ และ 9) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ตกเลือดก่อนคลอด ทารกในครรภ์มีภาวะสุขภาพผิดปกติ 2) มีการรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยใช้อินซูลินในภายหลัง 3) ผู้ร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 4) ขอลถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Burns and Grove (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) รวมจำนวน 44 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสี่กลุ่มละ 24 คน รวมจำนวน 48 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ตามอายุ (น้อยกว่า 20 ปี 20-34 ปี และ 35 ปีขึ้นไป) และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (น้อยกว่า 18.50 kg/m², 18.50-22.90 kg/m², 23-24.90 kg/m² และ 25 kg/m² ขึ้นไป) เนื่องจากอายุและดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเป็นคนแรก กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างคนที่ 2 หากสามารถจับคู่กับคนแรกได้ กำหนดให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ หากไม่สามารถจับคู่กับคนแรกได้ กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองคนที่ 2 ทำเช่นนี้จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's Model of Self-Management Support) ของ Glasgow et al. (2003) มีส่วนประกอบดังนี้

1.1 แผนกิจกรรมในการจัดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างความมั่นใจในการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนการประเมิน (assess: A1) โดยประเมินความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนเข้าร่วมการวิจัย และเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่มีความจำเพาะเจาะจงกับกลุ่มทดลองแต่ละคน 2) การให้ข้อมูล และฝึกทักษะการจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนการให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (advise: A2) โดยให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยเพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่บกพร่อง และฝึกทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร สื่อการสอนที่ใช้ ได้แก่ แผนการสอนเรื่อง การจัดการภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยตนเอง คู่มือ “ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: การจัดการตนเอง” และหุ่นจำลองอาหาร 3) การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนการยอมรับ (agree: A3) โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง ตามความตั้งใจและความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป้าหมายใหญ่ คือ ระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม และเป้าหมายย่อย คือ พฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม ทั้งด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ 4) การวางแผนการจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนการสนับสนุนช่วยเหลือ (assist: A4) เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถวางแผนจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง เพื่อระบุปัญหา/อุปสรรค และหาเทคนิค/กลยุทธ์ วิธีการแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 2 การติดตามผลการจัดการตนเอง ครั้งที่ 1 เป็นการวางแผนการติดตาม (arrange: A5) ผ่านทางโทรศัพท์ โดยการติดตามปัญหา/อุปสรรค และหาแนวทางร่วมกันสำหรับการแก้ไขปัญหาในการจัดการตนเอง รวมทั้งมีการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ

ครั้งที่ 3 การติดตามผลการจัดการตนเอง
ครั้งที่ 2 เป็นการวางแผนการติดตาม (arrange: A5)
เป็นรายบุคคล ณ แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล
โดยการสะท้อนคิดเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรค และการแก้ไข
ปัญหาในการจัดการตนเองในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ครั้งที่ 4 การติดตามผลการจัดการตนเอง
ครั้งที่ 3 เป็นการวางแผนการติดตาม (arrange: A5)
เป็นรายบุคคล ณ แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล
โดยการสะท้อนคิดเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรค และการแก้ไข
ปัญหาในช่วงเวลาที่ผ่านมา รวมทั้งมีการเปรียบเทียบผล
การปฏิบัติการจัดการตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้
ประเมินแรงจูงใจ/ปัจจัยที่ทำให้ควบคุมโรคได้สำเร็จ ประเมิน
ข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ และวางแผนทางการปฏิบัติ
พฤติกรรมจัดการตนเองต่อไปให้บรรลุเป้าหมายอย่าง
ยั่งยืนและต่อเนื่อง

1.2 แผนการสอนเรื่อง การจัดการภาวะเบาหวาน
ขณะตั้งครรภ์ด้วยตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย
เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์ และแนวทาง
การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย
และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1.3 คู่มือ “ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์:
การจัดการตนเอง” ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับใช้ทบทวน
การฝึกปฏิบัติการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองที่บ้าน
ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์
และแนวทางการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร
ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
รวมถึงให้กลุ่มทดลองใช้บันทึกผลการจัดการตนเองทั้ง
3 ด้าน ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม
ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละสัปดาห์ เป้าหมายและความมั่นใจ
ในการจัดการตนเอง ปัญหา/อุปสรรค หรือความสำเร็จ
ที่เกิดขึ้น

1.4 แบบบันทึกการติดตามการจัดการภาวะ
เบาหวานด้วยตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้ผู้วิจัยใช้
บันทึกผลการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง ในกลุ่มทดลอง
ประกอบด้วยพฤติกรรมจัดการตนเอง เป้าหมายใน
การจัดการตนเอง ปัญหา/อุปสรรค ความสำเร็จ และแนวทาง

การแก้ไข

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น
แบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย ดังนี้

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร
ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา
การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว และลักษณะ
ครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น
แบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

1.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพและการตั้งครรภ์
ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์
ที่วินิจฉัยเป็นเบาหวาน ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์
โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว จำนวน
ทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและ
แบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการ
ภาวะเบาหวานด้วยตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถาม
การจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน (Diabetes Self-
Management Questionnaire-Revised [DSMQ-R])
ของ Boonsatean (2016) ที่แปลจากแบบสอบถามของ
Schmitt et al. (2016) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่
ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 7 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย
จำนวน 2 ข้อ และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วย
ข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบ
จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า
4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่
ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติบ้าง ปฏิบัติมาก และปฏิบัติมากที่สุด
ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม
สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง
มีพฤติกรรมจัดการไม่ดี และคะแนนรวมมาก หมายถึง
มีพฤติกรรมจัดการดี

ชุดที่ 3 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัย
สร้างขึ้น สำหรับให้ผู้วิจัยใช้บันทึกระดับน้ำตาลในเลือด
หลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง แผนการสอน เรื่อง การจัดการภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยตนเอง คู่มือ “ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: การจัดการตนเอง” แบบบันทึกการติดตามการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการ ภาวะเบาหวานด้วยตนเอง และแบบบันทึกระดับน้ำตาล ในเลือด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย นักวิชาการ อาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ นักโภชนาการ และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้น นำไปให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน และหญิงที่มีภาวะ เบาหวานจากการตั้งครรภ์ จำนวน 3 คน อ่าน เพื่อตรวจสอบ ความเข้าใจในเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา และนำ แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาล พระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .77

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 06-11-2560 วันที่ 25 ธันวาคม 2560) และคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/ เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 004 วันที่ 18 มกราคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและ เก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและ เก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้ง แจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมา ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ และวางแผนครอบครัว รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้น ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปในส่วนข้อมูลคุณลักษณะ ทางประชากร โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที ส่วนผู้วิจัย บันทึกข้อมูลทั่วไปในส่วนข้อมูลภาวะสุขภาพและการตั้งครรภ์ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก จากนั้นนัดหมายกลุ่มเปรียบเทียบเกี่ยวกับวัน เวลา และ สถานที่ในการประเมินพฤติกรรมจัดการภาวะเบาหวาน ด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลอง

3. ผู้วิจัยบันทึกค่าผลการตรวจวินิจฉัยภาวะ เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (ประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล 100 กรัม) โดยดูจากสมุดบันทึก สุขภาพแม่และเด็ก เพื่อใช้เป็นข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลอง (pre-test)

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการดูแล ตามปกติ ตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เบาหวาน ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า และเข้าร่วมกิจกรรมใน โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองทั้ง 4 ครั้ง เป็นรายบุคคล โดยในสัปดาห์ที่ 1 เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 (การสร้าง ความมั่นใจในการจัดการตนเอง) ใช้เวลา 60-90 นาที และมอบคู่มือ “ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: การจัดการ ตนเอง” สำหรับใช้ทบทวนการฝึกปฏิบัติการจัดการภาวะ เบาหวานด้วยตนเองที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 2 (การติดตามผลการจัดการตนเอง ครั้งที่ 1) ใช้เวลา 15-30 นาที ในสัปดาห์ที่ 4 เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 (การติดตามผลการจัดการตนเอง ครั้งที่ 2) ใช้เวลา 20-30 นาที และในสัปดาห์ที่ 6 เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 (การติดตาม ผลการจัดการตนเอง ครั้งที่ 3) ใช้เวลา 20-30 นาที ทั้งนี้ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองลงมือปฏิบัติการจัดการภาวะ เบาหวานด้วยตนเองที่บ้าน อย่างต่อเนื่องจนถึงสัปดาห์

ที่ 6 หากมีปัญหา/อุปสรรคใดๆ เกิดขึ้น สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยมีการบันทึกผลการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งในแบบบันทึกการติดตามการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้ได้รับกิจกรรมการดูแลตามปกติ ตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ของโรงพยาบาลพระปกเกล้าจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารแลกเปลี่ยน การน้ย้าเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การนับลูกเดิน และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ตามนัด โดยผู้วิจัยได้พบกลุ่มเปรียบเทียบ 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และนัดติดตามประเมินผลและครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินพฤติกรรมจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง โดยให้เวลาประมาณ 20 นาที และให้ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (2 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหาร) จากนั้นผู้วิจัยบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด โดยดูจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อใช้เป็นข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง (post-test) รวมทั้งมอบคู่มือ “ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: การจัดการตนเอง” ให้แก่กลุ่มเปรียบเทียบ

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องอายุ รายได้ของครอบครัว อายุครรภ์ที่วินิจฉัยเป็นเบาหวาน และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ลำดับการตั้งครรภ์ และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องการประกอบอาชีพ และโรคประจำตัว ระหว่างกลุ่มทดลอง

กับกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher exact test ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง และการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 32.75 ปี ($SD = 6.06$) และ 32.21 ปี ($SD = 6.52$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นพื้นฐาน 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 70.83 ตามลำดับ ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 79.17 และ 91.67 ตามลำดับ มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.67 และ 58.33 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ย 16,854.17 บาทต่อเดือน ($SD = 11,260.24$) และ 15,791.67 บาทต่อเดือน ($SD = 11,045.28$) ตามลำดับ และมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 54.17 และ 50 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพและการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่มีลำดับการตั้งครรภ์เป็นครั้งที่หลัง คิดเป็นร้อยละ 79.17 และ 62.50 ตามลำดับ มีอายุครรภ์ที่วินิจฉัยเป็นเบาหวานเฉลี่ย 14.63 สัปดาห์ ($SD = 5.75$) และ 18.29 สัปดาห์ ($SD = 7.60$) ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 25 kg/m^2 ขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน โดยมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.99 kg/m^2 ($SD = 4.12$) และ 25.51 kg/m^2 ($SD = 5.11$) ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 58.33 และ 41.67 ตามลำดับ และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 62.50 และ 50 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพและการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลอง

กับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง โดยรวมเท่ากับ 34.79 ($SD = 5.41$) และ 28.29 ($SD = 5.17$) ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองโดยรวมสูงกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.257$, $p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.690$, $p < .01$; $t = 5.239$, $p < .001$ และ $t = 3.319$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมจัดการ ภาวะเบาหวานด้วยตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 24)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 24)			t	p
	min - max	M	SD	min - max	M	SD		
ด้านการรับประทานอาหาร	11-20	16.17	2.60	8-19	14.08	2.77	2.690	.005
ด้านการออกกำลังกาย	2-6	4.46	.93	1-5	2.92	1.10	5.239	< .001
ด้านการป้องกันภาวะ แทรกซ้อน	7-18	14.17	2.84	5-17	11.29	3.16	3.319	.001
โดยรวม	22-44	34.79	5.41	21-37	28.29	5.17	4.257	< .001

4. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล 100 กรัม) เท่ากับ 177.04 mg/dL ($SD = 17.38$) และ 175.21 mg/dL ($SD = 27.58$) ตามลำดับ โดยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (2 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหาร) เท่ากับ 97.29 mg/dL ($SD = 13.45$) และ 104.21 mg/dL ($SD = 11.44$) ตามลำดับ โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.919$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาล ในเลือด	กลุ่มทดลอง (n = 24)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 24)			t	p
	min - max	M	SD	min - max	M	SD		
ก่อนการทดลอง	154-214	177.04	17.38	115-233	175.21	27.58	.275	.392
หลังการทดลอง	76-118	97.29	13.45	73-123	104.21	11.44	1.919	.031

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's Model of Self-Management Support) ของ Glasgow et al. (2003) โดยกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนเป็นรายบุคคลที่ตรงกับความต้องการ ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการประเมินความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพที่ทำอยู่ในปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อมูล โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของแต่ละบุคคล รวมทั้งมีการฝึกทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร โดยวางแผนรับประทานอาหารในแต่ละวัน มีการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง และร่วมกับพยาบาลในการหาแนวทางการแก้ไข ปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการจัดการตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองที่บ้าน นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังได้รับการติดตามปัญหา/อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย และแนวทางการจัดการตนเองต่อไป เพื่อกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ สะท้อนการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหามารจัดการ

ตนเองที่บ้านได้ตรงกับบริบทจริง ทำให้มีความตื่นตัวและความพยายามที่จะปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และเห็นความสำคัญของตนเองว่าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการโรค ร่วมกับทีมสุขภาพ (Creer, 2000) ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom (1964) ที่ว่า ความรู้เป็นสิ่งเร้าหรือบ่อเกิดของความตระหนัก/ทัศนคติ เมื่อบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใด ย่อมส่งผลให้บุคคลแสดงออกซึ่งพฤติกรรม และเกิดความพยายามในการปฏิบัติต่อสิ่งนั้นๆ ให้สำเร็จ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา ชูชื่น (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดในหญิงที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Limruuangrong, Sinsuksai, Ratinthorn, and Boriboonhirunsarn (2011) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการกำกับตนเองในหญิงไทยที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ที่เฉพาะเจาะจง

กับปัญหา มีการฝึกทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย คือ การกำหนดปริมาณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันตามดัชนีมวลกาย ก่อนการตั้งครรภ์ การกำหนดสัดส่วนของพลังงานในอาหารแต่ละประเภท การจัดรายการอาหารแลกเปลี่ยน การแบ่งมื้ออาหาร และมีการติดตามแก้ไขปัญหอย่างต่อเนื่อง เป็นรายบุคคล รวมทั้งมีการทบทวนความรู้และบันทึกการจัดการตนเอง ซึ่งการให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน มีการจัดการตนเองที่ดี และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (Carolan-Olah, 2016) ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองยังได้รับการสนับสนุนให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์ ต้องคำนึงถึงความถี่ ความแรง ระยะเวลา และชนิดของการออกกำลังกาย รวมทั้งความรู้ถึงสัณฐานวิทยา โดยกลุ่มทดลองออกกำลังกายระดับเบา เช่น การเดิน การเล่นโยคะท่าต่างๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที ทำให้กล้ามเนื้อน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้มากขึ้น อินซูลินมีความไวในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ภาวะดื้อต่ออินซูลินลดลง จึงช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Kavita et al., 2013) จากพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ อีกทั้งกลุ่มทดลองมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ และมีแนวทางการแก้ไขเบื้องต้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Horie et al. (2015) ที่ศึกษาผลของโภชนบำบัดต่อความทนต่อกลูโคสในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า ร้อยละของกลุ่มทดลองที่มีระดับน้ำตาลในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดสูงกว่าปกติ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชร จันทอง (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim

and Kim (2013) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมบูรณาการจัดการตนเองที่มีต่อการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และอัตลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย โดยประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และพฤติกรรมเดิมที่ปฏิบัติอยู่ ปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ให้ตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง ฝึกทักษะการจัดการตนเอง และติดตามปัญหา/อุปสรรคเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการตนเองได้ตรงกับความต้องการและบริบท และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.2 อาจารย์พยาบาลควรนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ประกอบการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในเนื้อหาเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาลหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้นักศึกษานำไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มการวัดผลก่อนการทดลอง และมีการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว ทั้งพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดของมารดาหลังคลอด และน้ำหนักของทารกแรกเกิด

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อื่นๆ เช่น กลุ่มที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาโดยการให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ โดยเพิ่มการสนับสนุนการจัดการตนเองตามปัญหาที่พบในแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ฉันทะมงคล. (2556). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม นรีเวช และ ศัลยกรรม*. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- เจนพล แก้วกิติกุล, ทิพากร สิทธิกริยะ, ผดุงพงษ์ แสนทวีสุข, พัทธราภรณ์ เจียงจริยานนท์, แสน เสนายุติธรรม, และปฏิมาวรรณ ศิยนวงศ์. (2555). ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, 27(2), 70-82.
- พัชรี จันทอง. (2555). *ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชณี กลิ่นศรีสุข. (2540). *พฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริลักษณ์ ฤกษ์ทอง, ทิพนาส ชินวงศ์, และเพ็ญพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2558). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สตรีรัตน์ ธาดากานต์, ทศนีย์ พุกษาชีวะ, และอดิเทพ เชาว์วิศิษฐ์. (2553). การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและของทารกในครรภ์ตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง. *วารสารดีพยาบาลสาร*, 16(2), 185-199.
- อังคณา ชูชื่น. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดในหญิงที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต.
- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain*. New York: David McKay.
- Boonsatean, W. (2016). *Living with type 2 diabetes in a Thai population: Experience and socioeconomic characteristics* (Doctoral dissertation). Malmö University.
- Carolan, M. (2013). Women's experiences of gestational diabetes self-management: A qualitative study. *Midwifery*, 29(6), 637-645.
- Carolan-Olah, M. C. (2016). Educational and intervention programmes for gestational diabetes mellitus (GDM) management: An integrative review. *Collegian*, 23(1), 103-114.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.). *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). San Diego, CA: Academic Press.
- Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(11), 563-574.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.). St. Louis: Elsevier.

- Horie, I., Kawasaki, E., Sakanaka, A., Takashima, M., Maeyama, M., Ando, T., ... Kawakami, A. (2015). Efficacy of nutrition therapy for glucose intolerance in Japanese woman diagnosed with gestational diabetes based on IADPSG criteria during early gestation. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 107(3), 400-406.
- Kavita, K., Elleri, D., Allen, J. M., Caldwell, K., Westgate, K., Brage, S., ... Murphy, H. R. (2013). Physical activity energy expenditure and glucose control in pregnancy woman with type 1 diabetes: Is 30 minutes of daily exercise enough?. *Diabetes Care*, 36(5), 1095-1101.
- Kim, H., & Kim, S. (2013). Effects of an integrated self-management program on self-management, glycemic control, and maternal identity in women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(1), 69-80.
- Limruuangrong, P., Sinsuksai, N., Ratinthorn, A., & Boriboonhirunsarn, D. (2011). Effective of a self-regulation program on diet control, exercise, and two-hour postprandial blood glucose levels in Thais with gestational diabetes mellitus. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15(3), 173-187.
- Schmitt, A., Reimer, A., Hermanns, N., Huber, J., Ehrmann, D., Schall, S., & Kulzer, B. (2016). Assessing diabetes self-management with the Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ) can help analyse behavioural problems related to reduced glycemic control. *Plos One*, 11(3), 1-12.
- Suwankruhasn, N., Pothiban, L., Panuthai, S., & Boonchuang, P. (2013). Effects of a self-management support program for Thai people diagnosed with metabolic syndrome. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(4), 371-383.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักศึกษาชายของการศึกษานอกระบบโรงเรียน* Factors Affecting Sexually Transmitted Infection Preventive Behaviors among Male Students in Non-formal Education*

ศริญญา เจริญศิริ, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ¹

Sarinya Charoensiri, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ¹

ชนัญชิตาคุณ ทุลศิริ, ปส.ด. (การพยาบาล) ²

ยุวดี สลิคนาวีระ, วท.ด. (การพยาบาล) ³

Chanandchidassadee Toonsiri, Ph.D. (Nursing) ²

Yuwadee Leelukkanaveera, Ph.D. (Nursing) ³

Received: April 29, 2019

Revised: June 1, 2019

Accepted: June 11, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักศึกษาชาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชายที่กำลังศึกษาในการศึกษานอกระบบโรงเรียน จังหวัดระยอง ปีการศึกษา 2559 จำนวน 118 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีค่าความเชื่อมั่น .70 แบบสอบถามการเข้าถึงถุงยางอนามัย และเจลหล่อลื่น มีค่าความเชื่อมั่น .77 แบบสอบถามการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด มีค่าความเชื่อมั่น .71 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีค่าความเชื่อมั่น .84 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: stoonsiri@hotmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมในระดับมาก ($M = 2.54, SD = .29$) และเจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 5.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .055, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า นุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเน้นการเสริมสร้างเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นักศึกษาชาย การศึกษานอกระบบโรงเรียน

Abstract

This predictive correlational research aimed to identify sexually transmitted infection preventive behaviors and the predictive power of factors affecting sexually transmitted infection preventive behaviors among male students. The samples consisted of 118 male students in non-formal education, Rayong Province in an academic year of 2016. The research instruments included a demographic questionnaire, an attitude towards sexually transmitted infection prevention questionnaire with the reliability of .70, a condom and lubricant gel access questionnaire with the reliability of .77, an interpersonal advice questionnaire with the reliability of .71, and a sexually transmitted infection preventive behaviors questionnaire with the reliability of .84. Data were collected in March, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that the overall mean score of sexually transmitted infection preventive behaviors of male students was at a high level ($M = 2.54, SD = .29$). Attitude towards sexually transmitted infection prevention could statistically significant predict sexually transmitted infection preventive behaviors by 5.50% ($R^2 = .055, p < .05$).

This research suggests that health care providers should apply these research results for developing intervention to promote sexually transmitted infection preventive behaviors focusing on enhancing good attitude towards sexually transmitted infection prevention.

Keywords: Preventive behavior, Sexually transmitted infection, Male student, Non-formal education

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ทั่วภูมิภาคอยู่ประมาณ 499 ล้านคน

ต่อปี โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งรวมประเทศไทยอยู่ด้วย มีผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ประมาณ 79 ล้านคนต่อปี และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นทุกประเทศ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2559) สอดคล้องกับสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในประเทศไทย ตามข้อมูลระบาดวิทยาและข้อมูลพื้นฐาน หน่วยงานที่ให้บริการคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2559 พบอัตราการติดเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มจาก 20.43 ต่อประชากร แสนคน ในปี 2553 เป็น 25.74 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2559 (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค, 2560) และจากการสำรวจของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2556) พบว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบได้ทุกช่วงอายุ ตั้งแต่อายุ 10 ปี ถึง 44 ปี ซึ่งมีการติดเชื้อโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้นจาก 41.60 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 55.30 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2556 อัตราส่วนการป่วยพบว่า เพศชายมากกว่า เพศหญิงถึง 1.40 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 32.60 รองลงมา คือ กลุ่มเกษตรกรกรรม ร้อยละ 25 เป็นนักเรียน ร้อยละ 14.10 แม่บ้าน ร้อยละ 4.70 และอาชีพพิเศษ ร้อยละ 3.40

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์พบได้ในทุกเพศทุกวัยที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ และมีสาเหตุมาจากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วจากการพัฒนาประเทศสู่ ความทันสมัย มีการเปิดรับวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาใน สังคมไทย ส่งผลให้ค่านิยมทางเพศสัมพันธ์เปลี่ยนไป โดยมีความเชื่อว่า การมีเพศสัมพันธ์กับคนรักและการมี เพศสัมพันธ์กับกิ๊กโดยที่ไม่บอกให้คนรักรู้ เป็นเรื่องธรรมดา และการที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานกลายเป็นเรื่องที่ ทันสมัยและยอมรับได้ (ชัยนันท์ เหมือนเพชร, นิภา มหารัษฎพงศ์, และกุลลาภ รัตนสังขธรรม, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่า การติดต่อสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นการใช้โทรศัพท์มือถือ การดู โทรทัศน์ ภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ต วีซีดี หนังสือลามก รูปภาพ หรือการเข้าถึงสื่อโซเชียลและแหล่งอบายมุขต่าง ๆ รวมถึงการเข้าใช้แหล่งบริการทางเพศค่อนข้างง่ายขึ้น (ปิ่นประภา เฝ้าพันธุ์, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์, และพิรศักดิ์ ผลพยุขยา, 2554; วราภรณ์ บุญเชียง, 2556) ส่งผลให้ ประชาชนมีความสนใจในพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น และ นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่ง่ายตามมา

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่งผลกระทบต่อทั้งด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ รวมทั้ง ผลกระทบต่อประเทศชาติ รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณ ที่ใช้เพื่อพัฒนาประเทศมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วย และการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมในการณรงค์ ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เห็นได้ จากการดำเนินงานร่วมกันของภาครัฐและภาคประชาสังคม ดังนั้น รัฐบาลจึงได้มีการจัดตั้งแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2559-2564 ซึ่งมีทั้งสิ้น 5 ทิศทาง เพื่อยุติการแพร่ระบาดของของ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย ไม่ให้เป็นปัญหา สาธารณสุขของประเทศไทย ภายในปี พ.ศ. 2573 และ ลดอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็น อันตราย (ซิฟิลิสและหนองใน) ให้เหลือไม่เกิน 3 ต่อประชากร แสนคน ในปี พ.ศ. 2564 (นิสิต คงเกริกเกียรติ, 2559)

ระยองเป็นจังหวัดที่มีความเจริญด้านเศรษฐกิจ ก่อนข้างมาก จึงมีประชากรหลายเชื้อชาติเข้ามาทำงาน และลงทุนทำธุรกิจ เนื่องจากเป็นแหล่งอุตสาหกรรม แหล่งท่องเที่ยว แหล่งการศึกษาทั้งในและนอกระบบที่เอื้อ ต่อการศึกษาของประชากร รวมทั้งมีสถานเริงรมย์ต่าง ๆ ประกอบกับการพัฒนาทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชากร ในจังหวัดระยองมีความเสี่ยงที่จะติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ง่าย โดยพบอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 49.45 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมากเป็นอันดับ 3 ใน 10 จังหวัดของประเทศ (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2556) และจากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การ ป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง ของฉัตรวันย์ งามเสงี่ยม (2555) พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 85.40 สอดคล้อง กับการสำรวจโรคเอดส์ของจังหวัดระยองที่พบว่า มีผู้ป่วย เอดส์สะสมในช่วงปี พ.ศ. 2527-2553 มากถึง 11,808 คน ซึ่งมากที่สุด ในภาคตะวันออก ส่วนใหญ่เกิดจากการมี เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 82.90 (กลุ่มงานโรคเอดส์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2553) และจากการศึกษาปัจจัย ด้านพฤติกรรมทางเพศและค่านิยมที่มีผลต่อการแพร่ระบาดของ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา

ชั้นปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดระยอง พบว่า อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 15.50 ปี นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน หรือคูรัก ร้อยละ 37.10 และ 26.10 ตามลำดับ และใช้ ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพียงร้อยละ 47.70 และพบว่า ร้อยละ 2.65 เคยติดโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ สะท้อนให้เห็นถึงการขาดทักษะและความตระหนัก ในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันตนเองเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2557) ดังนั้น จะเห็น ได้ว่า ระยองเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลาย ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มนักศึกษา ที่ศึกษานอกระบบโรงเรียน ซึ่งกลุ่มนี้นับเป็นตัวแทนของ ประชากรช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ ที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด เป็นกลุ่มที่มีช่วงอายุค่อนข้างหลากหลาย (เลิศชาย ปานมุข, 2559) เนื่องจากการเปิดรับสมัครเข้าเรียนของนักศึกษา กลุ่มนี้ไม่มีการจำกัดช่วงอายุ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นในระดับมัธยมศึกษา และตอนปลาย (สมอาด อุ่นไชย, 2556) ระดับอุดมศึกษา (ศิริภา พูลเกษม, 2554) และอาชีวศึกษา (ลัดดา สายพาณิชย์, 2554) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษาต่อเนื่อง โดยการศึกษา ในกลุ่มนักศึกษาของการศึกษานอกระบบโรงเรียนมีค่อนข้าง น้อย เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิงในระบบ การศึกษานอกโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร ของคณานิตย์ แสงหิรัญ (2552) ประกอบกับการเรียนการสอนของ การศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นแบบเปิดกว้าง และช่วงเวลา ในการเรียนค่อนข้างยืดหยุ่น นักศึกษาสามารถค้นคว้า ความรู้ด้วยตนเองอย่างอิสระ และมีการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มบ่อยๆ ทำให้เกิดกลุ่มเพื่อนใหม่ที่หลากหลาย นักศึกษา มีโอกาสได้ใช้เวลาร่วมกัน ได้ใกล้ชิดกัน และอยู่ด้วยกัน ตามลำพัง ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ตามมา

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญ ของการหาแนวทางเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ รวมถึงการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาชาย ของการศึกษานอกระบบโรงเรียน โดยการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ Green and Kreuter (2005) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของ บุคคลจะเกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงได้ มีสาเหตุจากหลาย ปัจจัย ทั้งปัจจัยที่มาจากภายในตัวบุคคลเอง คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ และเจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ และปัจจัยที่มาจากภายนอกและสิ่งแวดล้อม คือ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด ทั้งนี้ ผลการวิจัยสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องใน การวางแผนและกำหนดวิธีการเสริมสร้างพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาชายของการศึกษานอกระบบ วิทยาลัย
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน นักศึกษาชายของการศึกษานอกระบบโรงเรียน

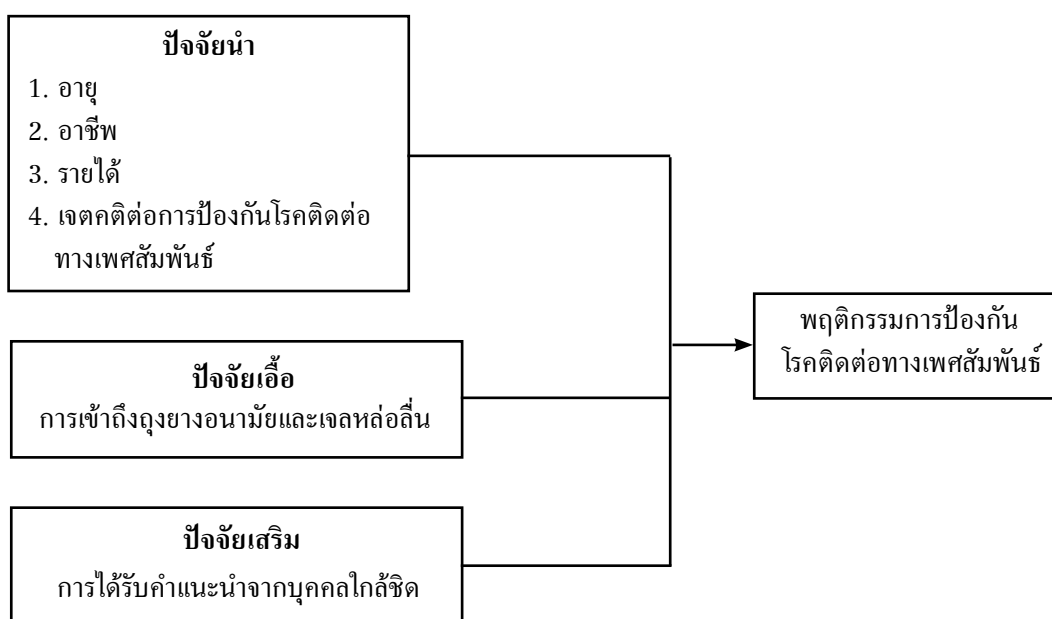
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ และเจตคติ ต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด สามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักศึกษาชายของการศึกษานอกระบบโรงเรียนได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ Green and Kreuter (2005) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงได้ เกิดจากปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลหรือลักษณะที่ติดตัวบุคคล ปัจจัยเอื้อ ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ดี หรือยับยั้งไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ดี เพื่อช่วยให้การแสดงออกของ พฤติกรรมสุขภาพเป็นไปโดยง่าย และปัจจัยเสริม ซึ่งเป็นการเสริมหรือสร้างแรงกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ดี

เกิดจากกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น พฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาชาย ของการศึกษานอกระบบโรงเรียนก็เช่นกัน โดยปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ และเจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงถุงยางอนามัย และเจลหล่อลื่น และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งคาดว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดัง แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาชายที่กำลังศึกษาในการศึกษานอกระบบโรงเรียน จังหวัดระยอง ปีการศึกษา 2559 จำนวน 3,161 คน (สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย จังหวัดระยอง, 2559) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 19 ปีขึ้นไป 2) สื่อสารและฟังภาษาไทยได้ดี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Tabachnick and Fidell (2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 98 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Little & Rubin, 2002) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 118 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มโดยการจับฉลาก ได้ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (ศูนย์ กศน.) ในอำเภอเมือง ซึ่งมีจำนวน 15 แห่ง จากนั้นเลือกศูนย์ กศน. จำนวน 5 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มโดยการจับฉลาก และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ตามสัดส่วนของประชากร ตามทะเบียนรายชื่อนักศึกษา

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และบุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของทงกศักดิ์ มนสิมา (2554) จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้

คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีเจตคติในระดับไม่ดี (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับดี (3.67-5 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการใช้ถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่นของพลเวช จำแสง (2554) จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ยากมาก ยาก ปานกลาง ง่าย และง่ายมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการเข้าถึงในระดับยาก (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับง่าย (3.67-5 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยการได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษา และข้อมูลข่าวสารจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ภรรยา/คู่รัก ครู อาจารย์ และบุคลากรทางสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง และประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย ได้รับคำแนะนำ (1-1.66 คะแนน) ได้รับคำแนะนำในระดับบางครั้ง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับเป็นประจำ (2.34-3 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของจิรประภา สุวรรณ (2559) จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้งที่มีโอกาส และปฏิบัติทุกครั้งที่มีโอกาส ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับน้อย (1-1.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.50-2.49 คะแนน) และในระดับมาก (2.50-3 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัย นำแบบสอบถามการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชีวสูง และอาจารย์พยาบาล (3 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามเจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามการเข้าถึงถุงยางอนามัย และเจลหล่อลื่น แบบสอบถามการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไปทดลองใช้กับนักศึกษาชายที่กำลังศึกษาในการศึกษานอกระบบโรงเรียน จังหวัดระยอง ปีการศึกษา 2559 ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .70, .77, .71 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 10-02-2560 วันที่ 13 มีนาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย จังหวัดระยอง และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูล

การเข้าถึงถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น ข้อมูลการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาชาย พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 19-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 24.69 ปี ($SD = 5.53$) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 75.40 มีรายได้ในช่วง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.90 โดยมีรายได้เฉลี่ย 14,519.49 บาทต่อเดือน ($SD = 7,624.24$) มีสถานภาพสมรสโสด ไม่มีแฟน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.80 และบุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย คือ บิดาและมารดา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาชาย

2.1 เจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า นักศึกษาชายมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมในระดับดี ($M = 3.98$, $SD = 1.08$)

2.2 การเข้าถึงถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น พบว่า นักศึกษาชายมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่นโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.41$, $SD = 1.01$)

2.3 การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด พบว่า นักศึกษาชายมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดโดยรวมในระดับบางครั้ง ($M = 1.98$, $SD = .62$)

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาชาย พบว่า นักศึกษาชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมในระดับมาก ($M = 2.54$, $SD = .29$)

4. อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาชาย พบว่า เจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 5.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .055, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาชาย ($n = 118$)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
เจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	.089	.034	.235	2.603	.010

Constant = 24.532, $R = .235$, $R^2 = .055$, adj. $R^2 = .047$, $F = 6.776$, $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาชายได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์และได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เช่น การดื่มสุรา การถูกชักชวนไปเที่ยว การดูหนังสือหรือเว็บไซต์ จากบิดา/มารดา โดยนักศึกษาชายครั้งหนึ่งอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จึงอาจได้รับการสั่งสอนเรื่องการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากผู้ปกครองที่บ้าน เนื่องจากครอบครัวเป็นสังคมแรกของบุคคล สามารถปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีหรือไม่ดีให้แก่บุคคลได้ (ตั้ม บุญรอด, 2550) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของฉีลาวันยังงามเสงี่ยม (2555) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในระดับดี

ผลการวิจัยพบว่า เจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 5.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เจตคติเป็นเรื่องของความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งสามารถแสดงออกถึงการกระทำและพฤติกรรมต่างๆ ตามลักษณะทางอารมณ์และความรู้สึกที่มี

ของบุคคลนั้นๆ ซึ่งเจตคติมีทิศทางทั้งทางบวกและทางลบ เมื่อได้เรียนรู้แล้วก็จะติดตัวไปตลอดชีวิต นั่นคือ เมื่อนักศึกษาชายมีเจตคติที่ถูกต้องและเหมาะสมในเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะทำให้เกิดการปฏิบัติหรือแรงจูงใจให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ Green and Kreuter (2005) ที่ว่า ปัจจัยนำเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ ซึ่งเป็นการยับยั้งหรือสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริภา พูลเกษม (2554) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางเพศสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า เจตคติต่อเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสมอาด อุ่นไชย (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะการป้องกันการใช้เพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอหนึ่ง พบว่า เจตคติต่อการใช้เพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ต่อทักษะการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า อายุเป็นตัวแปรที่ไม่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาชาย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อายุที่เพิ่มขึ้นสามารถบอกถึง

ประสบการณ์ชีวิตที่เพิ่มขึ้น โดยนักศึกษาชายมีอายุเฉลี่ย 24.69 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยทำงาน และต้องเรียนควบคู่กันไป ซึ่งพฤติกรรมของนักศึกษาชายอาจมีความคล้ายคลึงกันเฉพาะกลุ่ม จึงทำให้อายุไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของไพฑูรย์ พันธะแดง (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของน้องนุช ชมวิงค์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนในจังหวัดหนึ่ง พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า อาชีพเป็นตัวแปรที่ไม่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาชาย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาชีพเป็นตัวกำหนดความสามารถและความถนัดของผู้ประกอบอาชีพเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ โดยนักศึกษาชายส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 75.40) สอดคล้องกับการศึกษาของกณานิตย์ แสงหิรัญ (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระบบการศึกษานอกโรงเรียน พบว่า วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 65.70) โดยอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า รายได้เป็นตัวแปรที่ไม่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาชาย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ถึงแม้รายได้จะเป็นตัวบอกถึงสถานะทางเศรษฐกิจ แต่นักศึกษาชายอาจนำเงินที่ได้จากการประกอบอาชีพไปใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองและครอบครัวมากกว่าการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริกานา พูลเกษม (2554) ที่พบว่า รายได้ของนักศึกษา

ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคเอดส์ เจตคติต่อเพศสัมพันธ์ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่นเป็นตัวแปรที่ไม่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาชาย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่นขึ้นอยู่กับความตระหนักในความสำคัญของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่านักศึกษาชายจะเข้าถึงแหล่งซื้อหรือแหล่งที่มีการแจกถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น แต่อาจไม่ค่อยได้ใช้ โดยนักศึกษาชายเกือบครึ่งหนึ่งมีคูรักร/แฟน และสมรสแล้ว จึงคิดว่ามีความปลอดภัย ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของพลเวช ขำแสง (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษในจังหวัดหนึ่ง พบว่า การเข้าถึงถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่นไม่มีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรงกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดเป็นตัวแปรที่ไม่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาชาย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ถึงแม้นักศึกษาชายจะได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่บ้าง แต่ก็อาจเป็นเรื่องเพศทั่วไปมากกว่าการเน้นเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งหากได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดมาก ก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดี แต่หากได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดน้อย ก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยลงด้วย (สุนีย์ เอื้อประเสริฐ, 2552) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมอาด อุ่นไชย (2556) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเน้นการเสริมสร้างเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.2 ผู้บริหารสถานศึกษาควรจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้มากขึ้น โดยเน้นการเสริมสร้างเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาของการศึกษานอกระบบโรงเรียน โดยเน้นการเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความคิดเห็นและมุมมองในนักศึกษาของการศึกษานอกระบบโรงเรียน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งด้านการป้องกันและลดการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2553). *จังหวัดระยองจัดรณรงค์เนื่องในวันเอดส์โลก ปี 2553 คุณค่า ศักดิ์ศรี ชีวิต เอดส์*. สืบค้นจาก http://pr.moph.go.th/iprg/module.php?mod=news_print&idHot_new=35159
คณานิษฐ์ แสงหิรัญ. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิงในระบบการศึกษานอกโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิรประภา สุวรรณ. (2559). *ผลของการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพต่อความตั้งใจและพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชัยนันท์ เหมือนเพชร, นิภา มหารัษฎพงศ์, และกุหลาบรัตนสังขธรรม. (2554). *ตัวแปรทำนายพฤติกรรมทางเพศในบริบทความแตกต่างของรูปแบบวิธีการวัดในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของรัฐบาล อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 6(2), 80-89.*

ณิลาวันย์ งามเสียม. (2555). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ดัม บุญรอด. (2550). *พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนึ่งหนึ่งในภาคใต้* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทนงศักดิ์ มนสิมา. (2554). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวิทยาลัยพลศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

น้องนุช ชววิงศ์. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนในจังหวัดระยอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา.

นิสิต คงกริกเกียรติ. (2559). *ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2559-2564*. สืบค้นจาก <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/1246>

ปีนประภา เฝ้าพันธุ์, อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์, และพีรศักดิ์ ผลพฤษยา. (2554). การประยุกต์ใช้โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 30(3), 295-305.

พลเวช ขำแสง. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษในเขต จังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ไพฑูรย์ พันธุ์แดง. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจ ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน หญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดกรมสามัญ ศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา 2 ในจังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปัตตา สายพาณิชย์. (2554). รูปแบบการป้องกันพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับอาชีวศึกษาในเขต ภาคตะวันออก (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

เลิศชาย ปานมุง. (2559). รูปแบบการจัดการศึกษา ขั้นพื้นฐานของ กศน. ที่เปลี่ยนไป เมื่อการศึกษา ผู้ใหญ่กลายเป็นการศึกษาวัยรุ่น. สืบค้นจาก <http://www.lertchaimaster.com/forum/index.php?topic=1551.0>

วารารณ บุญเชียง. (2556). ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ และเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1) 124-137.

ศิริรณ พูลเกษม. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ข้อมูลข่าวสารทางเพศสัมพันธ์ กับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคเอดส์ ของนักศึกษาวิทยาลัย นครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, 5(2), 37-42.

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค. (2560). *สปคม. ห่วงใยเฝ้าระวังเอดส์ในไทย หวั่นเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แนะนำยังรัก ยังต้อง ป้องกัน "SEX รอบคอบ ตอบ OK"*. สืบค้นจาก <http://www.riskcomthai.org/document/IUDC/-13-2-60.pdf>

สมอาด อุ่นไชย. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะ การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอหาดูพนม จังหวัด นครพนม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตาม อรรถาธิบาย จังหวัดระยอง. (2559). รายงานจำนวน นักศึกษา หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 จังหวัดระยอง ภาคเรียน 59/2. สืบค้นจาก http://203.172.142.230/NFE-MIS/itw_report_by_province.php?Code=21&term_is=59/2&budgettype=0

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2557). จังหวัดระยอง จัดรณรงค์ รักได้ แต่ให้ปลอดภัย ในเทศกาลวัน วาเลนไทน์ "Safety valentine safe sex". สืบค้น จาก <http://www.rayonghealth.com/web/newsdetail.php?newsid=656>

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2556). เช็กส์สด ดอง เหตุวัยรุ่นป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง. สืบค้นจาก www.manager.co.th/gol/viewnews.aspx?NewsID=9570000131103

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2559). *SEX รอบคอบ ตอบ OK เรื่องเท่าๆ กับรัก ของเรา*. สืบค้นจาก [file:///D:/DDCWatch-AIDs_1455299429%20\(4\).pdf](file:///D:/DDCWatch-AIDs_1455299429%20(4).pdf)

สุนีย์ เอื้อประเสริฐ. (2552). ปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยม ศึกษาปีที่ 5 จังหวัดสตูล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning: An educational and ecological Approach* (4th ed.). Toronto: Mayfield Publishing.

Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Pearson/ Allyn & Bacon.

การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
A Synthesis of Theses and Independent Studies in Master of Nursing Science
Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing,
Huachiew Chalermprakiet University

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, ปส.ด. (การพยาบาล)¹

Kamontip Khungtumneam, Ph.D. (Nursing)¹

ปิยรัตน์ สมันตรัฐ, ปส.ด. (การพยาบาล)³

Piyarat Samantarath, Ph.D. (Nursing)³

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)²

Vanida Durongritichai, Dr.P.H. (Public Health Nursing)²

พัชรี รัศมีแจ่ม, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)⁴

Patcharee Rasamejam, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)⁴

Received: March 1, 2019 Revised: April 7, 2019 Accepted: April 24, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและคุณลักษณะของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ และสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ กลุ่มตัวอย่างเป็นวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 จำนวน 74 เรื่อง เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสังเคราะห์วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่และร้อยละ และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา คิดเป็นร้อยละ 40.54 มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 41.89 ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 22.97 ใช้สถิติเชิงพรรณนา คิดเป็นร้อยละ 55.40 มีประโยชน์ในการป้องกันระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ คิดเป็นร้อยละ 27.03 เท่ากัน และเน้นการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางกาย กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตใจ และกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: noinoi91@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

^{3, 4} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

^{3, 4} Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย กลุ่มเป้าหมาย ที่ศึกษา ลักษณะภาวะสุขภาพที่ควรจัดการดูแล และแนวทางการจัดการดูแลภาวะสุขภาพ ไปเป็นข้อมูลในการวางระบบ การจัดการเรียนการสอน และการพัฒนาหลักสูตรต่อไป

คำสำคัญ: การสังเคราะห์ วิทธานิพนธ์ การศึกษาอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

Abstract

This research synthesis aimed to analyze the characteristics of theses and independent studies and to synthesize the findings of these studies. The samples were 74 published studies in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University between 2007 and 2016. The research instrument was a survey form of research summary and synthesis of information. Data were collected from January to June, 2017 and were analyzed using frequency, percentage and content analysis.

The research results revealed that most studies in the program were descriptive research (40.54%), the purpose of these studies focused on developing clinical nursing practice guideline (41.89%), the main target was diabetic patient (22.97%), using descriptive statistics (55.40%), and the studies could be beneficial for secondary and tertiary prevention (27.03% equally). The target groups of these studies were divided into 3 categories:- the physical health problems, the mental health problems, and the risk for health problems.

This research suggests that the nursing executives should take the research results regarding research design, target group, characteristic of health status, and caring guideline for learning and teaching management and curriculum development.

Keywords: Synthesis, Thesis, Independent study, Master of Nursing Science, Program in Community Nurse Practitioner

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เป็นหน่วยงานที่ผลิตมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมาตั้งแต่ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2547 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ประกอบด้วยภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติที่สอดคล้องกันในศาสตร์ทางการพยาบาลขั้นสูงและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เน้นผู้เรียนเป็น

ศูนย์กลางมีการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการที่หลากหลาย เพื่อบูรณาการการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ การสร้างนวัตกรรมภายใต้องค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ให้การรักษาโรคเบื้องต้น และการพัฒนาศักยภาพให้ชุมชนอย่างเป็นองค์รวม และต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเป้าหมาย (คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2552) รวมทั้งร่วมทำวิจัยกับอาจารย์ เพื่อพัฒนาทักษะ และเสริมสร้างศักยภาพในการทำวิจัย ตลอดจนนำไปใช้

ในการทำวิทยานิพนธ์หรือการศึกษาอิสระต่อไป

วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประเด็นสถานการณ์หรือปัญหาทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่นักศึกษาสนใจ วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระแต่ละเล่มมีความแตกต่างกันในความลุ่มลึก วิธีการศึกษาที่ใช้ รวมทั้งผลลัพธ์ขององค์ความรู้ที่ได้ ซึ่งตั้งแต่ปีการศึกษา 2550 จนถึงปีการศึกษา 2559 มีผลงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำนวนทั้งสิ้น 88 เรื่อง โดยประเด็นที่ทำการศึกษามีความหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมาย ปัญหาสุขภาพระเบียบวิธีวิจัย ผลลัพธ์ของการศึกษา แต่วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระเหล่านี้ยังไม่ได้ถูกสังเคราะห์องค์ความรู้ออกมาอย่างเป็นระบบ เพื่อประโยชน์ในการจัดการความรู้ของหลักสูตรหรือใช้เป็นข้อเสนอในการทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตรในโอกาสต่อไป

การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ (research synthesis) เป็นการศึกษาค้นคว้า รวบรวมผลงานวิจัยจากหลาย ๆ งานวิจัย เพื่อนำมาศึกษาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติหรือวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ขั้นตอนของการสังเคราะห์งานวิจัยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดหัวข้อปัญหา การระบุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การคัดเลือกและรวบรวมงานวิจัย การวิเคราะห์สังเคราะห์ผลการวิจัย และการเสนอรายงานการสังเคราะห์งานวิจัย (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542 อ้างถึงในคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาตำแหน่งทางวิชาการ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2556) ซึ่งจะทำให้ได้ข้อสรุปของผลการวิจัยอย่างมีระบบ คณะผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงเห็นความสำคัญของการสังเคราะห์วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล

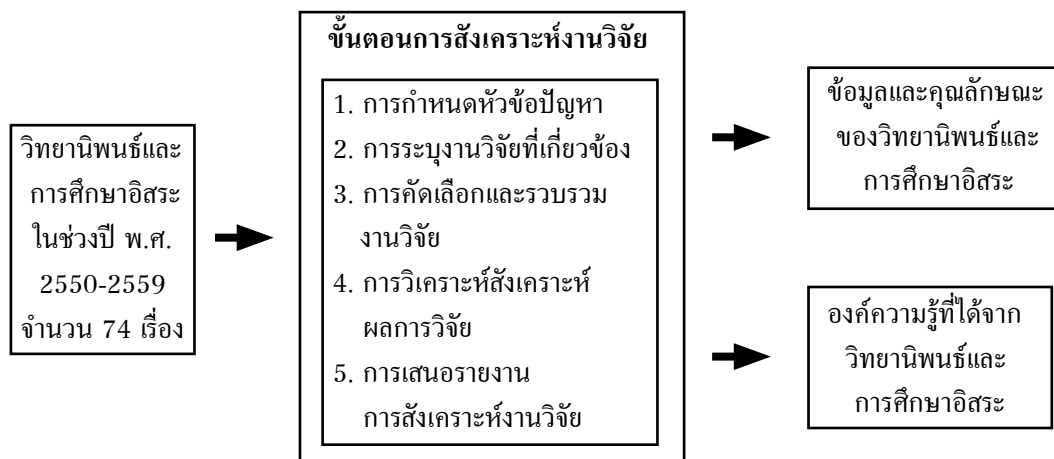
เวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 เพื่อสกัดจัดหมวดหมู่ และค้นหาความรู้ที่ชัดเจน รวมทั้งได้มาซึ่งการสร้างข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาหลักสูตรในภาพรวมได้ประเด็นต่อยอดในการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระด้านกลุ่มเป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาสุขภาพบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ในสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและคุณลักษณะของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2. เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อสกัดข้อมูลและคุณลักษณะของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ และองค์ความรู้ที่ได้จากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ โดยดำเนินการตามแนวทางของนงลักษณ์ วิรัชชัย (2542 อ้างถึงในคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาตำแหน่งทางวิชาการ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2556) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดหัวข้อปัญหา การระบุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การคัดเลือกและรวบรวมงานวิจัย การวิเคราะห์สังเคราะห์ผลการวิจัย และการเสนอรายงานการสังเคราะห์งานวิจัย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ (research synthesis)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 จำนวน 88 เรื่อง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระฉบับเต็มที่สามารถเข้าถึงได้จากห้องสมุด หรือผ่านทางฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ ได้วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำนวนทั้งสิ้น 74 เรื่อง แบ่งออกเป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 44 เรื่อง และการศึกษาอิสระ จำนวน 30 เรื่อง

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสังเคราะห์วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ รูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย แนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ประโยชน์ของการนำผลการวิจัยไปใช้ในเชิงป้องกันโรค และสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ที่ปรากฏ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้านการพัฒนาหลักสูตร และอาจารย์พยาบาลด้านเวชปฏิบัติชุมชน (2 คน) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการเพิ่มจำนวนงานวิจัย ดำเนินการขอความร่วมมือจากคณาจารย์แห่งการเรียนรู้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2559) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542 อ้างถึงในคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาตำแหน่งทางวิชาการ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2556) 1) การกำหนดหัวข้อปัญหา โดยคณะผู้วิจัยสำรวจรายชื่อวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่

ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 2) การระดมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคณะผู้วิจัยดาวน์โหลดงานวิจัยฉบับเต็มผ่านระบบออนไลน์ และติดต่อห้องสมุดของมหาวิทยาลัย เพื่อขอยืมวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระที่สำรวจไว้ 3) การคัดเลือกและรวบรวมงานวิจัย โดยคณะผู้วิจัยอ่านวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระรอบที่หนึ่ง เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาสาระและความเพียงพอที่จะนำมาสังเคราะห์ได้ 4) การวิเคราะห์สังเคราะห์ผลการวิจัย โดยคณะผู้วิจัย 2 คน แยกกันอ่านวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระรอบที่สอง และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระลงในแบบสังเคราะห์วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ จากนั้นนำข้อมูลที่บันทึกมาตรวจสอบร่วมกัน หากมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการสรุป จะปรึกษาเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน และ 5) การเสนอรายงานการสังเคราะห์งานวิจัย ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลและคุณลักษณะของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ส่วนการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลและคุณลักษณะของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ

1.1 ข้อมูลของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ ในภาพรวมพบว่า วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2557 มากที่สุด จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.56 รองลงมา คือ ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 14.86 ในส่วนวิทยานิพนธ์พบว่า ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2558 มากที่สุด จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมา คือปี พ.ศ. 2555 และปี พ.ศ. 2556 จำนวน 7 เรื่อง เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 15.91 และในส่วนการศึกษาอิสระพบว่า ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2557 มากที่สุด จำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 23.33 รองลงมา คือ ปี พ.ศ.

2556 จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.67

1.2 คุณลักษณะของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ

1.2.1 รูปแบบการวิจัย ในภาพรวมพบว่าเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มากที่สุด จำนวน 30 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40.54 รองลงมา คือ การวิจัยและพัฒนา และการวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 11 เรื่อง เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 14.86 และการวิจัยเชิงทำนาย จำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.46 ในส่วนวิทยานิพนธ์พบว่าเป็นการวิจัยและพัฒนา และการวิจัยกึ่งทดลอง มากที่สุด จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมา คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.45 และการวิจัยเชิงทำนาย จำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 15.91 ในส่วนการศึกษาอิสระพบว่า ทุกเรื่องเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา คิดเป็นร้อยละ 100

1.2.2 วัตถุประสงค์การวิจัย ในภาพรวมพบว่าเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มากที่สุด จำนวน 31 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 41.89 รองลงมา คือ การพัฒนารูปแบบการดูแล จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.57 และการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม จำนวน 12 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16.22 ในส่วนวิทยานิพนธ์พบว่าเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแล มากที่สุด จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 29.55 รองลงมา คือ การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม จำนวน 12 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.27 และในส่วนการศึกษาอิสระพบว่า ทุกเรื่องเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100

1.2.3 แนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย ในภาพรวมพบว่า ใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มากที่สุด จำนวน 31 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 41.89 รองลงมา คือ ใช้ทฤษฎีหรือแบบจำลองทางการพยาบาล จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.56 และใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.11 ในส่วนวิทยานิพนธ์พบว่า ใช้ทฤษฎีหรือแบบจำลองทางการพยาบาล มากที่สุด จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 29.55 รองลงมา คือ ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม จำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 15.91 และใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 13.64

และในส่วนการศึกษาอิสระพบว่า ใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมากที่สุด จำนวน 27 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 90

1.2.4 กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ในภาพรวมพบว่า ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากที่สุด จำนวน 17 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 22.97 รองลงมา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 14.86 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีปัญหากระดูกและข้อ จำนวน 7 เรื่อง เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 9.46

1.2.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ในภาพรวมพบว่า ใช้สถิติเชิงพรรณนา มากที่สุด จำนวน 41 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 55.40 รองลงมา คือ ใช้สถิติเชิงอนุมาน จำนวน 30 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40.54 และใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา จำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.46 ตามลำดับ โดยสถิติเชิงอนุมานที่ใช้มากที่สุด คือ paired *t*-test จำนวน 12 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา คือ Pearson's correlation จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20

1.2.6 ประโยชน์ของการนำผลการวิจัยไปใช้ในเชิงป้องกันโรค ในภาพรวมพบว่า นำไปใช้ในการป้องกันระดับทุติยภูมิ (การตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะเกิดโรค) และการป้องกันระดับตติยภูมิ (การรักษาและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อลดอาการแทรกซ้อนจากโรค) มากที่สุด จำนวน 20 เรื่อง เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 27.03 รองลงมา คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (การป้องกันตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค) จำนวน 18 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 24.32

1.2.7 สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปรากฏ ในภาพรวมพบว่า สมรรถนะที่ 2 (การดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ มารดาและทารก และกลุ่มปัญหาซับซ้อน) มากที่สุด จำนวน 22 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 29.73 รองลงมา คือ สมรรถนะที่ 1 (การพัฒนา จัดการกำกับระบบการดูแลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟู) จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.57 และสมรรถนะที่ 8 (การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์) จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 14.86 ส่วนสมรรถนะที่ปรากฏน้อยที่สุด คือ สมรรถนะ

ที่ 9 (การจัดการและประเมินผลลัพธ์) จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.05

2. องค์ความรู้ที่ได้จากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ

จากการสังเคราะห์องค์ความรู้พบว่า วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระเน้นการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางกาย กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตใจ และกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางกาย พบว่า ศึกษาในกลุ่มโรคเบาหวาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.97 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 14.86 โรคความดันโลหิตสูง และปัญหากระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 9.46 เท่ากัน ตามลำดับ

2.1.1 กลุ่มโรคเบาหวาน มีการศึกษา 3 ลักษณะ ดังนี้

1) การศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1.1) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับน้ำตาลในเลือด โรคร่วม ระยะเวลาเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อสุขภาพ 1.2) ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ เส้นรอบเอว ความดันโลหิตซิสโตลิก อายุ ดัชนีมวลกาย และการบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วน 1.3) ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การบริโภคอาหาร ไม่ได้สัดส่วน ความดันโลหิตซิสโตลิก เส้นรอบเอว และความสามารถในการควบคุมโรค และ 1.4) ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยศึกษาภาวะแทรกซ้อน 4 ประเด็น ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท และการเกิดแผลที่เท้า โดยปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนทางตา คือ ระยะเวลาที่เป็นโรค ปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต คือ ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่ อายุ การรับรู้ต่อบทบาทของคนในครอบครัวในการจัดการโรคให้ผู้เป็นเบาหวาน และความเครียด

2) การประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน ชนิดที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การตรวจร่างกาย (เส้นรอบเอว ความดันโลหิต) และส่วนที่ 2 ประเภทอาหาร (อาหารมัน ทอด หวาน)

3) การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีทั้งการพัฒนาจากแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การใช้แนวคิดหุ่นส่วนสุขภาพ การใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาล ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจในการรับประทานอาหารและยากรณีคุมน้ำตาลไม่ได้ แนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลแผลที่เท้า และการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม ผู้เป็นเบาหวาน ประกอบด้วยการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม การให้ความรู้เป็นรายบุคคล และการดูแลทำแบบเสริมพลังอำนาจ

2.1.2 กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง มีการศึกษา 5 ลักษณะ ดังนี้

1) การสร้างแนวทางการดูแลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้แก่ 1.1) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยนอกโรงพยาบาล ประกอบด้วย (ก) การซักประวัติ: อาการสำคัญ การเจ็บป่วย ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และปัจจัยเสี่ยงอื่น (ข) การตรวจร่างกายขั้นต้น: การรู้สติ การเคลื่อนไหว แขนขา รูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง การกลืนกลืน ลักษณะและแบบแผนการหายใจและระดับออกซิเจนในเลือด และสัญญาณชีพ (ค) การช่วยเหลือเบื้องต้น: การเปิดทางเดินหายใจ การช่วยหายใจ และการดูแลการไหลเวียนเลือด (ง) การประเมินอาการผิดปกติ 1 ใน 3 อย่าง ได้แก่ หน้าเบี้ยว แขนอ่อนแรง พูดไม่ชัด และ (จ) การรักษาเบื้องต้น 1.2) แนวปฏิบัติจัดการนอกโรงพยาบาล ประกอบด้วย (ก) การดูแลบนรถพยาบาล: การดูแลทางเดินหายใจ การให้สารน้ำ การวัดระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันภาวะชัก และการอบอุ่นร่างกาย (ข) การประสานส่งต่อ และ (ค) การบันทึกผล และ 1.3) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

และแนวปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

2) การศึกษาการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยกระบวนการวางแผนจำหน่าย (การเตรียมพร้อมด้านศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแลหลัก) การดูแลที่บ้าน (การเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลหลักและครอบครัว) และการส่งต่อ (การใช้แฟ้มครอบครัวเป็นกลไกสำคัญในการประสาน)

3) ระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทายต่อเนื่อง ประกอบด้วยการร่วมสะท้อนปัญหาและสร้างแรงจูงใจ การเห็นความสำคัญของการรับประทายยา การออกแบบระบบการพยาบาล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน เป็นแนวทางการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วยการประเมินปัญหาสุขภาพและความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การใช้ยา การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

5) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วม แบ่งการดูแลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 5.1) กลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด เน้นการฟื้นฟูสภาพด้วยตนเอง ผู้ดูแลหลักกระตุ้นในการบริหารข้อและการออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ บุคลากรทางสุขภาพติดตามเยี่ยม บันทึกการเยี่ยม สนับสนุนความรู้ สื่อให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ ชี้แนะเป็นผู้นำ และ 5.2) กลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลหลักบริหารข้อและออกกำลังกาย ช่วยทำกิจกรรมอย่างใกล้ชิด ควบคุมปัจจัยเสี่ยง ช่วยเหลือในการรับประทายยาไปพบแพทย์ตามนัด บุคลากรทางสุขภาพประเมินปัญหาความต้องการ และภาวะสุขภาพ สนับสนุนสื่อ คู่มือ อุปกรณ์ออกกำลังกาย อุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน และชี้แนะเป็นผู้นำ ผู้นำการ รวมทั้งหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนในกรณีที่เกิดปัญหาหรือกรณีฉุกเฉิน

2.1.3 กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง มีการศึกษา 5 ลักษณะ ดังนี้

1) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การรับประทานยา ได้แก่ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ข้อสรุป การรับรู้ความสามารถ ความรู้สึกในการรับประทานยา และอิทธิพลของบุคคลรอบข้างและสถานการณ์

2) การศึกษาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง ต่อภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยดัชนีมวลกาย อายุ เพศ และการบริโภคโซเดียม

3) การศึกษาแนวทางการดูแล ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการประเมิน และแนวปฏิบัติในการสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาต่อเนื่อง

4) การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วยการประเมินความรู้และสมรรถนะแห่งตน การใช้คู่มือ และการบันทึกผลการดูแลโดยผู้ดูแล

5) การสร้างโปรแกรมควบคุมความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ที่ประยุกต์ทฤษฎีของโอเร็ม โปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายตามทฤษฎีของคิง และโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต

2.1.4 กลุ่มปัญหากระดูกและข้อ มีการศึกษา 2 ลักษณะ ดังนี้

1) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ สรีระข้อเข่า ดัชนีมวลกาย ผู้ดูแล สภาพที่อยู่อาศัย และความเครียด

2) การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยแนวปฏิบัติเพื่อชะลอความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม แนวปฏิบัติเพื่อการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บบริเวณคอและกระดูกสันหลัง แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน และมีการสร้างหุ่นส่วนสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

2.2 กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตใจ พบว่า ในส่วนวิทยานิพนธ์มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เท่านั้น โดยศึกษาเกี่ยวกับ 1) โปรแกรมการให้ความรู้

ทางสุขภาพแก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยการให้ความรู้ การเปลี่ยนความคิดและความเชื่อที่มีต่อโรค การเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกรดูแล และการสรุปบทวน และ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการคัดกรอง หากพบภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีการส่งต่อ หากพบภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลาง จะตรวจร่างกายและสัญญาณชีพ และเน้นให้ครอบครัวสังเกตอาการ

2.3 กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ พบว่า มีการศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ และกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยพบในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นมากที่สุด จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.11 ประกอบด้วย

1) การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เด็กอ้วน ได้แก่ ปัจจัยด้านเด็ก (สุขภาพ ความสามารถในการรับรส อารมณ์และจิตใจ) ปัจจัยด้านครอบครัว (พันธุกรรม การถ่ายทอดความรู้) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (ร้านอาหารในโรงเรียน และชุมชน พฤติกรรมการบริโภคของครอบครัว วัฒนธรรม การบริโภคในท้องถิ่น การเลียนแบบ และสื่อต่าง ๆ)

2) การประเมินภาวะอ้วนในเด็ก ประกอบด้วยการศึกษาประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินจิตสังคม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการสังเกตพฤติกรรมบริโภคของเด็กและครอบครัว สิ่งแวดล้อม 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการภาวะอ้วนในเด็ก ประกอบด้วยการใช้ครอบครัวเป็นฐาน การใช้โรงเรียนเป็นฐาน และการใช้ชุมชนเป็นฐาน

4) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย (ก) การประเมินทักษะผู้ดูแลเด็กด้านการปรับพฤติกรรม การใช้ชีวิตประจำวัน การช่วยเหลือเรื่องการเรียนรู้ และการปรับอารมณ์เด็ก

(ข) การแยกแยะระดับทักษะของผู้ดูแล และ (ค) การพยาบาลเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลเด็ก 5) รูปแบบการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพเพื่อป้องกันการบาดเจ็บแก่เด็กวัยเรียนในชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การสร้างความเป็นหุ่นส่วนสุขภาพ โดยประสานในการกำหนดแผนงานและโครงการ

การสร้างระบบการทำงานของหุ่นส่วนสุขภาพ และการพัฒนาความต่อเนื่องของหุ่นส่วนสุขภาพด้วยโครงการ 6) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น

โดยปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์เพศ และปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนรู้ การอยู่กับผู้ปกครอง และค่าใช้จ่ายรายวัน และ 7) โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมทักษะชีวิต การมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมของวัยรุ่น ประกอบด้วยการใช้สถานการณ์จำลอง กระบวนการกลุ่ม การระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม เกมส์ การแสดงบทบาทสมมติ และการฝึกทักษะ

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 74 เรื่อง แบ่งออกเป็นวิทยานิพนธ์จำนวน 44 เรื่อง และการศึกษาอิสระ จำนวน 30 เรื่อง ซึ่งเกณฑ์การสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาที่เลือกทำการศึกษาอิสระนั้น สามารถเสนอผลงานทั้งหมดหรือบางส่วนต่อที่ประชุมวิชาการที่มีรายงานการประชุม (proceeding) อย่างน้อย 1 เรื่อง ก็สามารถสำเร็จการศึกษาได้ แต่จากการศึกษาพบว่า หลักสูตรฯ มีการผลักดันให้นักศึกษาที่ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารถึง 10 เรื่อง (จาก 30 เรื่อง) คิดเป็นร้อยละ 33.33 ซึ่งเป็นแนวทางที่ดีต่อหลักสูตรฯ และนักศึกษา เพราะการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐานทั้งในระดับชาติและนานาชาติ นับเป็นตัวชี้วัดการประกันคุณภาพการศึกษา ระดับหลักสูตร ในองค์ประกอบที่ 2 บัณฑิตตัวบ่งชี้ที่ 2.2 ผลงานของนักศึกษาและผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทที่ได้รับการตีพิมพ์หรือเผยแพร่ ซึ่งผลงานของผู้สำเร็จการศึกษาต้องมีร้อยละของผลรวมถ่วงน้ำหนักของผลงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ต่อผู้สำเร็จการศึกษา ร้อยละ 40 ขึ้นไป (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2560) จึงเป็นสิ่งที่หลักสูตรฯ ควรที่จะเร่งพัฒนาในตัวบ่งชี้นี้ ส่วนผลดีต่อนักศึกษานั้น งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์จากวารสารจะผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ในสาขาวิชานั้นๆ หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง (peer reviewer) ซึ่งการตรวจสอบนี้เป็นเวทีให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อค้นพบนักวิชาการ เกิดการเรียนรู้กระบวนการคิด วิเคราะห์ ที่จะนำไปสู่การออกแบบวิจัยที่ดีขึ้น (รัตนศิริ ทาโต, 2551)

ผลการวิจัยพบว่า งานวิจัยในภาพรวมมีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 3 คือ การวิจัยและพัฒนา และการวิจัยกึ่งทดลอง (ร้อยละ 14.86 เท่ากัน) ซึ่งถือว่าเป็นงานวิจัยที่มีการออกแบบงานวิจัยและการควบคุมตัวแปรได้เป็นอย่างดี (Melyn & Fineout-Overholt, 2005 อ้างถึงในพองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) หากมีการนำงานวิจัยเหล่านี้มาใช้ทบทวนวรรณกรรม จะทำให้ได้องค์ความรู้เพิ่มเติมต่อไป

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษาค้นคว้าเป็นกลุ่มเป้าหมายระดับบุคคลมากที่สุด รองลงมา คือ ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ให้บริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่นักศึกษาปฏิบัติงานด้วยโดยตรง ทำให้สามารถเข้าถึงผู้ให้บริการได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการศึกษามากที่สุด ส่วนของนักศึกษาที่เลือกทำการศึกษาอิสระมีจำนวนมาก การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจึงมีปริมาณมากตามมา ซึ่งลักษณะสำคัญของการศึกษาอิสระ คือ หลังจากค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือแล้ว จะต้องสร้างขั้นตอนการปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้จริง ทดลองใช้จริงกับผู้ให้บริการ วัดผลการใช้ที่เกิดกับสุขภาพและบริบทชีวิตของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ และปรับปรุงแนวปฏิบัติที่เกิดประโยชน์กับผู้ให้บริการและทีมสุขภาพต่อไป (Melyn & Fineout-Overholt, 2011)

ผลการวิจัยพบว่า วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระมีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางกาย กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตใจ และกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยปัญหาสุขภาพทางกายที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทางสาธารณสุขในปัจจุบันและอนาคต มีความหลากหลาย และส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน ในขณะที่ปัญหาสุขภาพทางจิตใจมีเพียงประเด็นเดียว คือ ภาวะซึมเศร้า ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อการมีสุขภาพ

ทางกาย ประกอบด้วยกลุ่มเด็กและวัยรุ่น กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ และกลุ่มแรงงานต่างด้าว ทั้งนี้มีการศึกษาปัญหาสุขภาพทางกายกันค่อนข้างชัดเจนและหลากหลาย เนื่องจากเป็นสถานการณ์จากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติงาน ตรงกับความสนใจของนักศึกษาและหน่วยงาน ตลอดจนสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพ และประการสำคัญ คือ เป็นปัญหาซับซ้อนที่ตรงกับขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ระบุว่าเป็นการกระทำการพยาบาล บริหารปัญหาสุขภาพหรือ ผู้ให้บริการที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่หรือของประเทศ (สภาการพยาบาล, 2552) ส่วนปัญหาสุขภาพทางจิตใจนั้นมีการศึกษาไม่มากนัก โดยแทรกอยู่ในหัวข้อการประเมินสุขภาพขั้นสูงของรายวิชาหนึ่ง นอกจากนี้ ในรายวิชาที่เกี่ยวข้องจะเน้นการจัดการโรคด้วยความรู้ทางเวชปฏิบัติเป็นหลัก ดังที่ปรากฏใน มคอ. 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการมีสุขภาพทางกาย ยังมีการศึกษาไม่มากนัก เนื่องจากการกำหนดความสำคัญของการศึกษาไปที่ภาวะสุขภาพ ร่วมกับปัญหาของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีสุขภาพทางกายมีความยาก และซับซ้อนมากกว่า และการเข้าไปศึกษากลุ่มเสี่ยงๆ ต้องใช้การทำงานเชิงรุกมากกว่ากลุ่มผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพชัดเจน

ผลการวิจัยพบว่า การจัดการดูแลภาวะสุขภาพที่พบสะท้อนการให้ความสำคัญกับบางสมรรถนะ โดยเฉพาะสมรรถนะที่ 2 ซึ่งเป็นความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ มารดาและทารก และกลุ่มอื่นในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน (direct care) และสมรรถนะที่ 8 ซึ่งเป็นความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (สภาการพยาบาล, 2552) เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งให้การพยาบาลระดับบุคคล และเน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบ

การวิจัย กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ลักษณะภาวะสุขภาพที่ควรจัดการดูแล และแนวทางการจัดการดูแลภาวะสุขภาพ ไปเป็นข้อมูลสำหรับการออกแบบการเรียนการสอนในรายวิชาการออกแบบการวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน สถิติและการวิจัยสำหรับการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน และวิทยานิพนธ์ต่อไป

1.2 ผู้บริหารควรกำหนดให้มีการขยายกลุ่มเป้าหมายในการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระให้สมดุล ทั้งผู้ใช้บริการระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน โดยเฉพาะระดับครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพบุคคล และได้รับอิทธิพลจากสุขภาพบุคคลในบริบทของสุขภาพชุมชน

1.3 ผู้บริหารควรกำหนดให้มีการขยายประเด็นภาวะสุขภาพหลักของการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระด้านปัญหาสุขภาพทางจิตใจและกลุ่มเสี่ยงต่อการมีสุขภาพทางกายให้เพิ่มขึ้น โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับประเด็นหลักด้านสุขภาพทางกาย เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ในมิติสุขภาพแต่ละมิติให้ครอบคลุม ส่วนประเด็นย่อยในแต่ละมิติสุขภาพ ควรกำหนดให้หลากหลายไปพร้อมกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษางานวิจัยชนิดการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) เพื่อนำผลการวิจัยมากำหนดนโยบายการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาให้เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาตำแหน่งทางวิชาการ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2556). *การสังเคราะห์งานวิจัยที่ได้รับทุนวิจัยจาก คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปี 2556*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. (2552). *หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2552*. สมุทรปราการ: ผู้แต่ง.

ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). แห่่งเผยแพร่งผลงานวิชาการทางพยาบาลศาสตร์. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 1(1), 1-16.

สภากาพยาบาล. (2552). *ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาต่าง ๆ*. สืบค้นจาก http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/_20344.pdf

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2560). *คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษากายในระดับอุดมศึกษาฉบับปีการศึกษา 2557*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท* The Effects of Holistic Caring Program on Self-care Behaviors and Self-esteem among Patients with Schizophrenia*

ยุพาพรรณ มาทา, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Yupapun Maha, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)¹

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing)²

ชนัดดา แบนเกษ, Ph.D. (Medical Science)³

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing)²

Chanudda Nabkasorn, Ph.D. (Medical Science)³

Received: April 29, 2019

Revised: June 15, 2019

Accepted: June 19, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 24 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม แบบประเมินอาการทางจิต แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .81 และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .83 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t-test และ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: yupapun.maha@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมไปประยุกต์ใช้ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, การดูแลแบบองค์รวม, ผู้ป่วยจิตเวช

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of holistic caring program on self-care behaviors and self-esteem among patients with schizophrenia. The samples included 24 patients with schizophrenia receiving services at Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province and were equally divided into an experimental group ($n = 12$) and a control group ($n = 12$). The research instruments comprised the holistic caring program, the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), a questionnaire of demographic data, the self-care behaviors scale with the reliability of .81, and the self-esteem scale with the reliability of .83. The implementation and data collection were conducted from December, 2016 to March, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t -test, and two-way repeated measures ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni.

The research results revealed that 1) at post-test and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant higher mean scores of self-care behaviors and self-esteem than the control group ($p < .001$); and 2) at post-test and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant higher mean scores of self-care behaviors and self-esteem than the pre-test period ($p < .001$).

This research suggests that health care providers should apply this holistic caring program for promoting self-care behaviors and self-esteem of psychiatric patients and other patients with chronic disease.

Keywords: Self-care behavior, Self-esteem, Holistic caring, Patient with schizophrenia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิด การรับรู้ มีพฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ โดยที่ความรู้สึกตัวและสติปัญญาล้วนใหญ่ปกติ (World Health Organization [WHO], 2006) อาการทางคลินิกของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน ลักษณะการพูด หรือพฤติกรรมผิดปกติ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนยังมียาเสพติด

พุดน้อย ไม่ยินดียินร้าย ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่พบได้มากที่สุดของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั่วโลกประมาณ 26 ล้านคน (WHO, 2006) สำหรับประเทศไทย จากสถิติในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวน 168,251 คน 268,293 คน และ 231,908 คน คิดเป็นร้อยละ 15.54, 25.06 และ

20.90 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2559) สอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวน 706 คน 680 คน และ 796 คน คิดเป็นร้อยละ 16.77, 17.87 และ 18.02 ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด ตามลำดับ (กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, 2559) แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ (WHO, 2006) มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ รับประทานอาหารดื่มน้ำผิดปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ผู้ป่วยบางคนที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้งมักมีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น จึงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Ziedonis, Yanos, & Silverstein, 2007) เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง (Corring & Cook, 2007) มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (อนงค์ ธรรมโรจน์, 2542) จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว (สุนันทา นวลเจริญ, 2553) ที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มจากบทบาทเดิมที่ตนเองปฏิบัติอยู่ บางครั้งต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว (วิศรา ใจคำปัน, 2550) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (Knapp, Mangalore, & Simon, 2004) และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 55 (Chou, Liu, & Chu, 2002) นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทบางคนที่มีอาการกำเริบมักควบคุมตัวเองไม่ได้ จึงอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น (สมภพ เรืองตระกูล, 2545; Dickerson, Parente, & Ringel, 2000) ทำให้บุคคลส่วนใหญ่มักหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงไม่มีคนจ้างทำงาน หรือถูกสังคมรังเกียจ ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม จากสถิติของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559

พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษามากกว่า 2 ปี มีอัตราการกลับป่วยซ้ำในแต่ละปี ร้อยละ 25-30 จากปัจจัยความบกพร่องในการดูแลตนเอง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เครียดจากปัญหาครอบครัวและสังคม ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ (กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, 2559) จึงจำเป็นต้องได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เพื่อควบคุมอาการและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

ในปัจจุบัน มีรูปแบบการบำบัดที่หลากหลายในการควบคุม รักษาอาการทางจิต และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาและกลับมาอยู่ที่บ้านยังมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 80 (Lindstrom & Bingeors, 2000) โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำ คือ การขาดยา (Sadock & Sadock, 2000) ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และการดูแลตนเอง คิดว่าตนเองหายแล้ว รวมทั้งเกิดจากอาการข้างเคียงของยา (ระพีพร แก้วคอนไทย, 2551) การจัดการกับอารมณ์ไม่เหมาะสม การใช้สารเสพติดการสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (อุรา ทิพย์ประจักษ์, 2547) ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงควรมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อช่วยควบคุมอาการของโรคและป้องกันการเกิดอาการกำเริบ โดยเฉพาะในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การสังเกตผลข้างเคียงของยา (Draine, 1997) การสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Baker, 1995) ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบหรือกลับมาป่วยซ้ำ (Kennedy, Schepp, & O'Connor, 2000) รวมทั้งสามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข (ปวิตร ไขนน้อย, 2546) แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.59 (ปวิตร ไขนน้อย,

2546) โดยผู้ป่วยจิตเภทอีกประมาณร้อยละ 50 มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้มีอาการกำเริบของโรคได้

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีจะสามารถลดการการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่กลับป่วยซ้ำบ่อย (เอื้อยาดิ ชูชื่น, สุกิตา วิรุณ, และวิมล นุชสวาท, 2557) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพ มักไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้มีพฤติกรรมผิดปกติมากขึ้น มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง ไม่สามารถเข้าสังคมได้ ขาดความภาคภูมิใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง และมองตนเองไร้ความสามารถ (กุมมาวิชาติ แสงเขียว, 2542) และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2542) จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Muhlenkamp & Sayles, 1986) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีจะมีอาการของโรคที่ดีขึ้น และรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงพัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมขึ้น ซึ่งโปรแกรมนี้อยู่ไม่เคยมีมาก่อน โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นอยู่ ลดภาระการดูแลของบุคคลในครอบครัว ให้สังคมมีส่วนร่วมในการดูแลลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

4. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

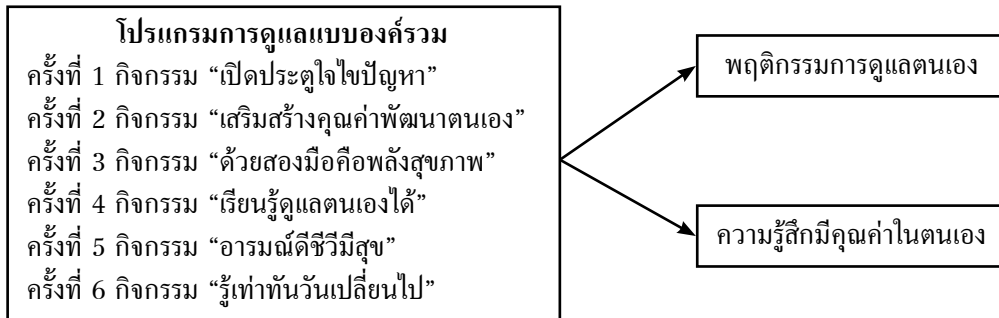
4. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ตั้งใจกระทำด้วยตนเองอย่างจงใจและมีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความสุขของตนเอง ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสอดคล้องกับความต้องการในการดูแลตนเอง จะเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่จำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้าง

ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างเป็นองค์รวม เหมาะสมกับปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลความเจ็บป่วย

ของตนเองได้ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups, pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค The 10th Edition of International Classification of Diseases (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยา ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 796 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุอยู่ในช่วง 20-60 ปี 2) มีประวัติการรักษาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และมีประวัติอาการกำเริบ ปัจจุบันมีอาการทางจิตระดับเล็กน้อย สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) 3) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองปราจีนบุรี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย

ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีอาการกำเริบเฉียบพลันจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการของ Polit and Hungler (1999) ที่ระบุว่า การวิจัยกึ่งทดลองควรมีก่อนหน้าตัวอย่าง 20-30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มไม่ควรน้อยกว่า 10 คน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 24 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน โดยเลือกชุมชนในเขตเทศบาลเมืองปราจีนบุรี 2 แห่ง ที่มีพื้นที่ติดต่อกันกำหนดเป็นกลุ่ม A และกลุ่ม B ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก ได้กลุ่ม A เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่ม B เป็นกลุ่มควบคุม จัดทำระเบียบรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้จำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม A 20 คน และกลุ่ม B 17 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก จนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการดูแล

ตนเองของ Orem (1995) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เปิดประตูใจไขปัญหา” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประเมินภาวะสุขภาพ และเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “เสริมสร้างคุณค่าพัฒนาตนเอง” เพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป และเมื่อเจ็บป่วย โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “ด้วยสองมือคือพลังสุขภาพ” เป็นการเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “เรียนรู้ดูแลตนเองได้” เป็นการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป โดยการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

ครั้งที่ 5 กิจกรรม “อารมณ์ดีชีวิตมีสุข” เป็นการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และเมื่อเจ็บป่วย โดยการส่งเสริมการใช้วิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง

ครั้งที่ 6 กิจกรรม “รู้เท่าทันวันเปลี่ยนไป” เป็นการเสริมสร้างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ การฝึกทักษะการจัดการอาการเตือน และการหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการ รวมทั้งสรุปกิจกรรมทั้งหมด และประเมินผล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินอาการทางจิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่พันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) แปลจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ของ Overall and Gorham ปี ค.ศ. 1962 จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ แบ่งระดับความรุนแรงของอาการทางจิตออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ มีอาการทางจิตเล็กน้อยเป็นบางครั้ง (0-18 คะแนน) มีอาการทางจิตเล็กน้อย (19-36 คะแนน) มีอาการทางจิตปานกลาง

(37-54 คะแนน) มีอาการทางจิตค่อนข้างสูง (55-72 คะแนน) มีอาการทางจิตรุนแรง (73-90 คะแนน) และมีอาการทางจิตรุนแรงมาก (91-108 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งรายได้หลัก บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ป่วย โรคประจำตัวทางกาย และประวัติการใช้สารเสพติด จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของมยุรี กลั้ววงษ์ (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองที่จำเป็นของ Orem ปี ค.ศ. 1995 ครอบคลุมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย จำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับต่ำ (19-37 คะแนน) ในระดับปานกลาง (38-66 คะแนน) และในระดับสูง (67-95 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ฟองศรี ศรีมรกต (2536) แปลจากแบบประเมินของ Rosenberg ปี ค.ศ. 1965 จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้ เกิดขึ้นเลย มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย และมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ (10-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) และในระดับ

สูง (31-40 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัย นำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยจิตแพทย์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และ อาจารย์พยาบาล ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้น นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน และนำแบบประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเอง และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 07-08-2559 วันที่ 15 กันยายน 2559) และคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (เอกสารรับรอง เลขที่ IRB-BHUBEJHR-070 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2559) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและ เก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บ รวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้ง แจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และผู้อำนวยการกอง สาธารณสุข เทศบาลเมืองปราจีนบุรี ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน

1 คน ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยผู้วิจัย ได้ทดลองฝึกการใช้แบบสอบถาม จำนวน 5 คน

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมที่บ้าน แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเอง และ แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 20-25 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 1-6 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองแต่ละคน ได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับโปรแกรมการดูแล แบบองค์รวม ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมคนละ 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยดำเนินการ ในวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี เวลา 17.00-18.30 น. วันละ 1 คน ส่วนในวันเสาร์และวันอาทิตย์ เวลา 09.00-12.00 น. และ 13.00-16.00 น. ดำเนินการวันละ 4 คน ส่วนกลุ่มควบคุม ให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพของ สถานบริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองปราจีนบุรี ซึ่งประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ การรับประทานยา และการดูแลความเป็นอยู่ทั่วไปตามสภาพการเจ็บป่วย

5. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเอง และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 10 ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเอง และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะติดตามผล 1 เดือน (follow-up) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 เมื่อเสร็จสิ้นระยะติดตามผล 1 เดือน และวิเคราะห์ข้อมูล แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรม การดูแลแบบองค์รวม ตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลพฤติกรรมและการดูแลตนเอง และข้อมูลความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.33 และ 66.67 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 48.58 ปี ($SD = 6.85$) เท่ากัน มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 41.67 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.33 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 50 ตามลำดับ มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 41.67 และ 66.67 ตามลำดับ แหล่งรายได้หลัก คือ ตัวผู้ป่วยเอง คิดเป็นร้อยละ 41.67 และ 66.67 ตามลำดับ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยส่วนใหญ่ คือ ครอบครัว/ญาติ คิดเป็นร้อยละ 66.67 เท่ากัน ระยะเวลาที่ป่วย คือ 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 58.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย คิดเป็นร้อยละ 66.67 เท่ากัน และไม่มี

ประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 58.33 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 63.83 ($SD = 3.59$), 66.50 ($SD = 3.83$) และ 68.75 ($SD = 3.11$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 63.92 ($SD = 2.64$), 63.58 ($SD = 1.93$) และ 64 ($SD = 2.52$) ตามลำดับ

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 27.92 ($SD = 3.32$), 33.83 ($SD = 3.51$) และ 36.17 ($SD = 3.63$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 27.75 ($SD = 3.11$), 27.42 ($SD = 2.94$) และ 27.75 ($SD = 3.05$) ตามลำดับ

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
กลุ่มทดลอง	12	63.83	3.59	.070	.950
กลุ่มควบคุม	12	63.92	2.64		
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
กลุ่มทดลอง	12	27.92	3.32	.130	.900
กลุ่มควบคุม	12	27.75	3.11		

5. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลา ของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผล ร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน และระยะเวลาของการทดลอง ที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล

ตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	305,110.68	1.00	305,110.68	14,063.180	< .001
ความคลาดเคลื่อน	477.31	22.00	21.70		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	75.11	1.55	48.48	13.830	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	71.44	1.55	46.12	13.160	< .001
ความคลาดเคลื่อน	119.44	34.08	3.50		
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	65,401.39	1.00	65,401.39	2,422.500	< .001
ความคลาดเคลื่อน	593.94	22.00	27.00		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	212.69	1.57	135.42	41.880	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	222.25	1.57	141.50	43.760	< .001
ความคลาดเคลื่อน	111.72	34.56	3.23		

6. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะหลัง

การทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาของการทดลอง	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง ^๑	ติดตามผล 1 เดือน
พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง				
ก่อนการทดลอง	63.83	-	1.17**	2.50**
หลังการทดลอง ^๑	66.50	-	-	1.33*
ติดตามผล 1 เดือน	68.75	-	-	-
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง				
ก่อนการทดลอง	27.92	-	2.79**	4.12**
หลังการทดลอง ^๑	33.83	-	-	1.33*
ติดตามผล 1 เดือน	36.17	-	-	-

* $p < .05$, ** $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ที่พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณค่าส่วนใหญ่มีความริเริ่มตั้งใจกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 ประการ ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งอาการและอาการแสดงของโรคทำให้ผู้ป่วย

มีความสนใจและเอาใจใส่ในตัวเองลดลง จนเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมในสังคม เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม จะได้รับการประเมินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และสามารถในการดูแลตนเอง จากนั้นจึงได้รับการพยาบาลแบบรายบุคคลตามปัญหาและความต้องการ โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลตนเองจนสามารถทำได้ ดังตัวอย่างจากกิจกรรม “เรียนรู้ดูแลตนเองได้” ที่พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพิ่มขึ้น เช่น จากการที่อาบน้ำ แปรงฟันนานๆ ครั้ง ก็สามารถปฏิบัติได้บ่อยครั้งขึ้น มีการแต่งกายที่สะอาดและเหมาะสม มีการล้างมือก่อนและหลังการรับประทานอาหาร รวมทั้งสามารถดูแลความสะอาดของบ้านให้เรียบร้อยขึ้น และเมื่อผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง ตามโปรแกรมแล้ว ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ที่จำเป็นได้ดีขึ้น เช่น รับประทานยาได้ตรงเวลาและต่อเนื่องมากขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ ความเครียด หรือพฤติกรรมของตนเองได้มากขึ้น โดยไม่พบอาการเตือนหรือการกลับเป็นซ้ำ และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น ทำให้ได้รับคำชื่นชมจากญาติ ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น ทำให้มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยกล่าวหลังเข้าร่วมกิจกรรม “เสริมสร้างคุณค่าพัฒนาตนเอง” ว่า “คนเราต้องพยายามดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด แล้วเราก็จะเกิดความภาคภูมิใจ” และ “เราต้องทำงานหาเงินได้เองครับ เราจึงจะรู้สึกว่าตัวเรามีคุณค่า” รวมทั้งมีญาติของผู้ป่วยกล่าวว่า “ตั้งแต่พยายามเข้ามาเยี่ยมบ้านบ่อยๆ น้องผมดีขึ้นมากเลย” แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมครบแล้ว จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนตดา วงศ์ทองมานะ (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อญาติ ชูชื่น และคณะ (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี จะไม่รู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้อื่น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม โดยก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการทางจิต การควบคุมอารมณ์ และการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อได้เข้าร่วม

กิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมฯ จากกิจกรรมที่ง่ายไปหา กิจกรรมที่ซับซ้อน ผู้ป่วยได้รับความรู้และการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองตามความบกพร่องในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ดังตัวอย่างจากกิจกรรม “ด้วยสองมือคือพลังสุขภาพ” ที่พบว่าผู้ป่วยทุกคนนำยาที่ตนเองรับประทานเป็นประจำ มาจัดและปฏิบัติตามปฏิทินการรับประทานยาเป็นลำดับได้ อย่างถูกต้อง สามารถบอกถึงผลเสียต่อตนเองหากไม่รับประทานยา คือ นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฟุ้งซ่าน คลุ้มคลั่ง เชื่องซึม และเดินไปเรื่อย ๆ ไม่มีจุดหมาย สามารถบอกถึงการแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา และสามารถบอกได้ว่า หากมีปัญหาด้านสุขภาพจิต จะต้องไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน และจากกิจกรรม “อารมณ์ดีชีวิรมีสุข” ที่ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเทคนิคการฝึกการหายใจ ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง นอกจากนี้ จากกิจกรรม “รู้เท่าทันวันเปลี่ยนไป” ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการแก้ไขเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนอาการกำเริบได้ และบอกได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้อาการกำเริบซ้ำได้แก่ การขาดยา ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด โดยพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 2 คน และสามารถเลิกดื่มสุราได้ 1 คน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนตดา วงศ์ทองมานะ (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัด มีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของพรดุสิต คำมีสินนท์ (2550) ที่ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรมีโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมไปประยุกต์ใช้ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกรู้มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

1.2 อาจารย์พยาบาลควรมีผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกรู้มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ และมีการติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกรู้มีคุณค่าในตนเองของผู้ได้รับโปรแกรมเป็นระยะๆ เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2559). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. (2559). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2559*. ปราจีนบุรี: ผู้แต่ง.
- เนตดา วงศ์ทองมานะ. (2551). *ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีวัตร ไชยน้อย. (2546). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บปวดระดับความรู้สึกรู้มีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี* (ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรดุสิต คำมีสินนท์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2540). *ตราบาปและโรคทางจิตเวช*. *วารสารสวนปรุง*, 13(1), 17-33.
- ภูมิมาภิชาติ แสงเขียว. (2542). *การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มยุรี กลั้ววงษ์. (2552). *การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช* (ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนธ์. (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระพีพร แก้วคอนไทย. (2551). *การสอนทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเวช* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิศรา ใจคำปัน. (2550). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร ทองบ่อ, อรพิน ยอดกลาง, สายทิพย์ สุทธิรักษา, อัจฉรา มุ่งพานิช, ไพไลน โพธิ์สุวรรณ, ยุภาพร ยะยาตร์, ... รุจิรา จงสกุล. (2542). *ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช*. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5* (น. 212). โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนงค์ ธรรมโรจน์. (2542). การใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (รายงานผลการวิจัย). อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- อุรา ทิพย์ประจักษ์. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่จำหน่ายจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพห้วยดินดำ โรงพยาบาลสวนปรุง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอื้อญาติ ชูชื่น, สุกิตา วิรุณ, และวิมล นุชสวาท. (2557). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 13-25.
- Baker, C. (1995). The development of the self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(5), 261-268.
- Chou, K. R., Liu, S. Y., & Chu, H. (2002). The effect of support groups on caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 713-722.
- Corring, D. J., & Cook, J. V. (2007). Use of qualitative methods to explore the quality-of-life construct from a consumer perspective. *Psychiatric Services*, 58(2), 240-244.
- Dickerson, F. B., Parente, F., & Ringel, N. (2000). The relationship among three measures of social functioning in outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1509-1519.
- Draine, J. (1997). *The image of madness: Attitude toward psychiatry, psychiatrist and psychiatric treatment*. London: Karger.
- Kennedy, M. G., Schepp, K. G., & O'Connor, F. W. (2000). Symptom self-management and relapse in schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(6), 266-275.
- Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 279-293.
- Lindstrom, E., & Bingeors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Economic and clinical issues. *Pharmaco Economics*, 18(2), 106-124.
- Muhlenkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support and positive health practice. *Nursing Research*, 35(6), 334-338.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concept of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (2006). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author.
- Ziedonis, D., Yanos, P. T., & Silverstein, S. M. (2007). Relapse prevention for schizophrenia. In K. A. Witkiewitz & G. A. Marlatt (Eds.), *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (pp. 117-140). Burlington, MA: Elsevier.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง*

Factors Related to Competencies of Perioperative Patient Care among Professional Nurses in the Regional Hospital, Rayong Province*

จุฑาทิพย์ ศักดิ์บุญ, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) ¹

Jutathip Sakboon, M.N.S. (Nursing Administration) ¹

อารีรัตน์ ขำอยู่, D.S.N. (Nursing Administration) ²

วรรณี เดียววิเศษ, Ph.D. (Nursing) ³

Areerut Khumyu, D.S.N. (Nursing Administration) ²

Wannee Deoisres, Ph.D. (Nursing) ³

Received: May 10, 2019

Revised: June 9, 2019

Accepted: June 14, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดและความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการพัฒนาตนเอง กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง จำนวน 101 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความเชื่อมั่น .91 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1-15 มีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโดยรวมในระดับสูง ($M = 4.13, SD = .19$) ประสิทธิภาพการทำงาน และการพัฒนาตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .260, p < .01$ และ $r = .610, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูวิชาการด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแก่พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

คำสำคัญ: สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ประสิทธิภาพการทำงาน การศึกษาต่อเนื่อง การพัฒนาตนเอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Burapha University
มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: jutathip9@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine competencies of perioperative patient care and its relationship with working experience, continuing nursing education, and self-development among professional nurses. The participants were 101 professional nurses who provided care for surgical patients at wards in the regional hospital, Rayong Province. The research instruments were composed of a questionnaire of demographic data, a questionnaire regarding self-development with the reliability of .92, and a questionnaire regarding competencies of perioperative patient care with the reliability of .91. Data were collected during 1-15 March, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research results revealed that the overall mean score of competencies of perioperative patient care of professional nurses was at a high level ($M = 4.13$, $SD = .19$). Working experience and self-development were positively statistically significant related to competencies of perioperative patient care ($r = .260$, $p < .01$ and $r = .610$, $p < .001$, respectively).

This research suggests that nursing administrators should promote academic revival regarding perioperative patient care for professional nurses who provided care for surgical patients in order to enhance competencies of perioperative patient care.

Keywords: Competencies of perioperative patient care, Working experience, Continuing nursing education, Self-development

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดในแต่ละปีทั่วโลกมีมากกว่า 234 ล้านครั้ง (Weiser et al., 2008) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีอัตราการผ่าตัดเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 39.47 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 46.18 ในปี พ.ศ. 2553 และเพิ่มเป็นร้อยละ 48.93 ในปี พ.ศ. 2554 สำหรับโรงพยาบาลตำรวจพบว่า อัตราการผ่าตัดเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 22.41 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 31.54 ในปี พ.ศ. 2553 และเพิ่มเป็นร้อยละ 38.41 ในปี พ.ศ. 2554 (สุรศักดิ์ ก้องเกียรติกุล, 2555) ซึ่งนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับความปลอดภัยจากการรับบริการถือเป็นปัญหาสำคัญและมีผลกระทบต่อวงการแพทย์ทั่วโลก ถึงแม้ประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีช่องว่างในเรื่องการพัฒนาระบบความปลอดภัย

ของผู้ป่วยตลอดมา รวมถึงเมื่อเทคโนโลยีมีการพัฒนา การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความต้องการบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ไว้วางใจของผู้ป่วย ดังนั้น ความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องคำนึงถึงตลอดเวลา ซึ่งสิ่งที่สำคัญที่สุดในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ คือ การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ถูกต้อง และปลอดภัย ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทุกคน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยองค์การอนามัยโลกมีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากการผ่าตัด ปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ (สมพนธ์ ทัศนัยม และนิตย์ ทัศนัยม, 2558)

ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีปัญหาความวิตกกังวลและความเครียด โดยสาเหตุของความวิตกกังวลและความเครียดเกิดจากความไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัด กลัวสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะของร่างกาย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลสูง ทำให้หลังผ่าตัดมีระดับความปวดสูง การฟื้นฟูสภาพร่างกายล่าช้าและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่ำ (เอื้องพร พิทักษ์สังข์, จุฑาไล ตันหาเทธิธรรม, สุกัญญา สุกฤกษ์, และอรัญ วรรณกุลศักดิ์, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nigussie, Belachew, and Wolancho (2014) ที่พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมีผลทำให้พยาบาลวิชาชีพประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ยากลำบากยิ่งขึ้น ดังนั้น การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนจึงเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและญาติ เพราะช่วยส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง สามารถเผชิญเหตุการณ์นั้นได้อย่างถูกต้อง ทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง (เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2554) การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัดควรเตรียมความพร้อมด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและหายจากโรคได้ (ลดาวัลย์ มาลัยเจริญ, 2556)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นการแสดงออกถึงความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย ด้านการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น การที่บุคคลจะมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานได้มากน้อยเพียงใดนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการศึกษาอบรม (McCormick & Ilgen, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของ Khomeiran, Yekta, Kiger, and Ahmadi (2006) ที่พบว่า ประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะ เนื่องจากประสบการณ์การทำงานโดยตรงจะช่วยพัฒนาทักษะในการทำงาน และการได้รับการอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลต้องแสดงบทบาททางวิชาชีพของตนให้ชัดเจน พัฒนาองค์ความรู้ให้มากขึ้น ขยายบทบาทด้วยการใช้ความรู้ทางการพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย แสดงทักษะการพยาบาลขั้นสูง พัฒนาประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลให้มากที่สุด มีความสามารถในการจัดการใช้ความรู้ตามหลักการหรือความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศตลอดจนข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการมาพัฒนาศักยภาพของวิชาชีพ รวมทั้งนำความรู้ไปเชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เสาวรส สุดสว่าง, 2557) พยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญในทีมสุขภาพที่จะช่วยแพทย์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยช่วยประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการสัมภาษณ์ การสังเกตผู้ป่วยอย่างละเอียด ในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องทดลอง การตรวจทางรังสี และการตรวจพิเศษ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม ตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดหรือการทำหัตถการต่างๆ ในห้องผ่าตัด ครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดที่กำหนดโดยสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด (Association of periOperative Registered Nurses [AORN]) โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นหลัก กล่าวคือ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย (AORN, 2006)

การพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง การดำเนินการหรือการกระทำกิจกรรมใดๆ ก็ตามที่ได้ปฏิบัติแล้ว ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ทักษะคิด และบุคลิกภาพในทางที่ดีขึ้น เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานทั้งในปัจจุบันและ

อนาคต การพัฒนาตนเองมีความสำคัญ คือ เป็นการเตรียมตนให้พร้อมในด้านต่างๆ เพื่อรับสถานการณ์ทั้งหลายได้ด้วยความรู้ที่ติดตัวตนเอง เป็นการปรับปรุงสิ่งที่บกพร่อง และพัฒนาพฤติกรรมให้เหมาะสม จัดคุณลักษณะที่ไม่ต้องการออกจากตัวเอง และเสริมสร้างคุณลักษณะที่สังคมต้องการ เป็นการวางแผนทางให้ตนเองสามารถพัฒนาไปสู่เป้าหมายในชีวิตได้อย่างมั่นใจ และส่งเสริมความรู้ที่มีคุณค่าแห่งตนให้สูงขึ้น มีความเข้าใจตนเอง สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้เต็มศักยภาพ จากการศึกษาของบุษบงศ์ คุ้มสวัสดิ์ (2556) พบว่า การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการปฏิบัติ การพยาบาลในระดับสูง ซึ่งผลการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น นอกจากจะเกิดประโยชน์ต่อตนเองแล้ว ยังส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการของพยาบาล อันก่อให้เกิดประสิทธิภาพต่อองค์การ

โรงพยาบาลระยองเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ขนาด 555 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความสามารถในการให้บริการในระดับสูง ภายใต้การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ผสมผสานครอบคลุมใน 4 มิติ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลระยอง สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ตลอดจนการเพิ่มพูนความรู้แก่บุคลากร เพื่อพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล จากการที่ผู้มารับบริการผ่าตัดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังสถิติในปี พ.ศ. 2557 ที่พบว่า มีผู้มารับบริการผ่าตัดจำนวน 15,783 ราย และในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 16,699 ราย โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.80 ทำให้การบริการผ่าตัดล่าช้า ส่งผลให้สถิติ การเลื่อนผ่าตัดสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้ป่วย เลื่อนผ่าตัดร้อยละ 6.11 และในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 9.14 อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสูงขึ้น ดังสถิติในปี พ.ศ. 2557 ที่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 0.45 และในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.65 (งานพัฒนาคุณภาพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระยอง, 2558) ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาด้วยการผ่าตัดเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และผู้ป่วยเหล่านี้ มักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ อยู่แล้ว ประกอบกับ การระบาดของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิดในสถานบริการ

ทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมากขึ้น ดังนั้น สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งพยาบาลสามารถใช้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยการประเมินสภาพผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล วางแผน การพยาบาล นำแผนไปสู่การปฏิบัติ และประเมินผลที่เกิดจากการปฏิบัติ บนพื้นฐานของเกณฑ์ที่สนับสนุนมาตรฐาน การพยาบาล จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ไม่มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง ตลอดจนผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของสมรรถนะการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัด หากองค์กรมีบุคลากรที่มีสมรรถนะที่ต่ำแล้ว อาจเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยได้รับอันตราย และอาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจจนถึงขั้นฟ้องร้องได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในระดับใด และประสพการณ์การทำงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการพัฒนาตนเอง มีความเกี่ยวข้องกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ หรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมและพัฒนาให้บุคลากร ทางการพยาบาลมีการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์ การทำงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการพัฒนาตนเอง กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง

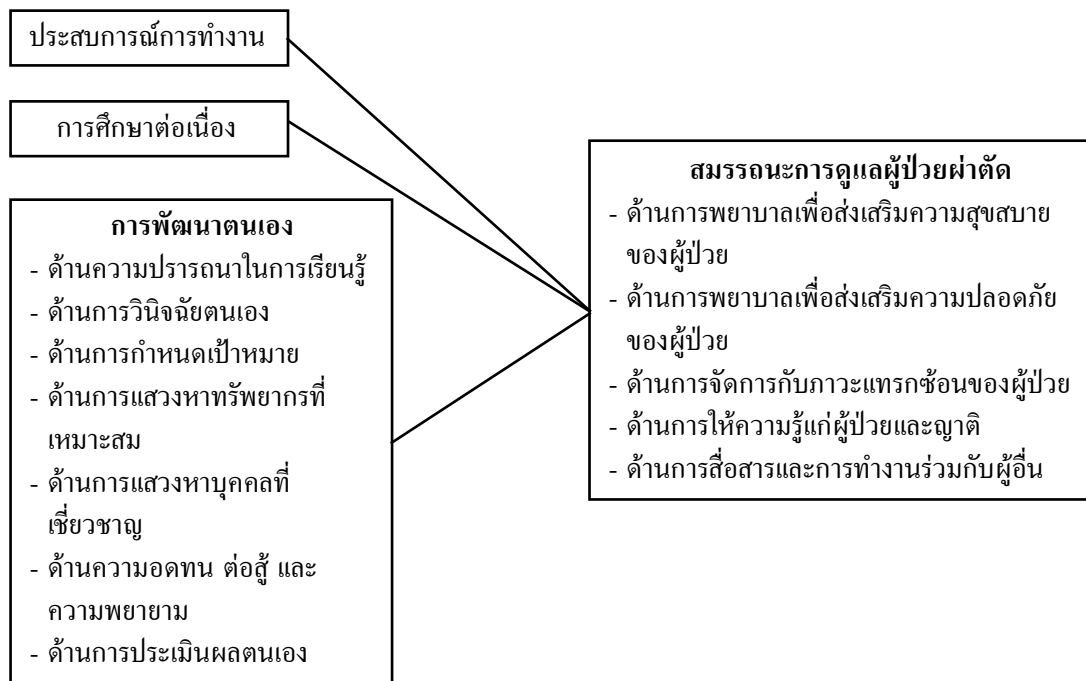
สมมติฐานการวิจัย

ประสพการณ์การทำงาน การศึกษาต่อเนื่อง และ การพัฒนาตนเอง มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัด ระยอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของภาวิณี วัฒนคุณ (2556) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย ด้านการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น และใช้แนวคิดการพัฒนา

ตนเองของ Megginson and Pedler (1992) ที่ว่าการพัฒนาตนเองต้องมีลักษณะเป็นกระบวนการ มีลำดับหรือขั้นตอนต่อเนื่องกันไป ได้แก่ ความปรารถนาในการเรียนรู้ การวินิจฉัยตนเอง การกำหนดเป้าหมาย การแสวงหาทรัพยากรที่เหมาะสม การแสวงหาบุคคลที่เชี่ยวชาญ ความอดทน ต่อสู้ และความพยายาม และการประเมินผลตนเอง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก และหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง รวมจำนวน

167 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี 2) ไม่อยู่ในช่วงการลาศึกษาต่อ และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .25 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 101 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก ตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการศึกษาต่อเนื่อง จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการพัฒนาคณะของตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามของสุชาติ เหมพรหมราช (2551) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการพัฒนาคณะของตนเองของ Megginson and Pedler (1992) แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านความปรารถนาในการเรียนรู้ ด้านการวินิจฉัยตนเอง ด้านการกำหนดเป้าหมาย ด้านการแสวงหาทรัพยากรที่เหมาะสม ด้านการแสวงหาบุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้านความอดทน ต่อสู้ และความพยายาม และด้านการประเมินผลตนเอง รวมจำนวนทั้งสิ้น 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มีการปฏิบัติ ปฏิบัติน้อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการพัฒนาในระดับต่ำมาก (1-1.49 คะแนน) ในระดับต่ำ (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับสูง (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับสูงมาก (4.50-5 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของภาวิณี วัฒนคุณ (2556) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย ด้านการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น รวมจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มีการแสดงออกเลย มีการแสดงออกน้อย มีการแสดงออก

ปานกลาง มีการแสดงออกมาก และมีการแสดงออกมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีสมรรถนะในระดับต่ำที่สุด (1-1.49 คะแนน) ในระดับต่ำ (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับสูง (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับสูงที่สุด (4.50-5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการพัฒนาคณะของตนเองของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ อาจารย์พยาบาล (2 คน) และพยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 และ .91 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระยอง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .92 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 02-12-2559 วันที่ 4 มกราคม 2560) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง (เอกสารรับรอง เลขที่ - วันที่ -) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นนำแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมเอกสารชี้แจงซึ่งประกอบด้วยข้อมูลการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

และเอกสารแสดงความยินยอม รวมทั้งขอให้ส่งแบบสอบถามคืนที่ฝ่ายการพยาบาล โดยให้เวลาตอบ 2 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามจากฝ่ายการพยาบาล ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1-15 มีนาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการพัฒนาตนเอง กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.56

โดยมีอายุเฉลี่ย 35.59 ปี ($SD = 10.18$) มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.48 โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12.58 ปี ($SD = 9.91$) และการศึกษาต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 96.04

2. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโดยรวมในระดับสูง ($M = 4.13$, $SD = .19$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ($M = 4.26$, $SD = .51$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น ($M = 3.80$, $SD = .58$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n = 101$)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับสมรรถนะ
ด้านการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย	4.23	.52	สูง
ด้านการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.26	.51	สูง
ด้านการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย	4.25	.53	สูง
ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ	4.12	.55	สูง
ด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น	3.80	.58	สูง
โดยรวม	4.13	.19	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการพัฒนาตนเอง กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ประสิทธิภาพการทำงาน และการพัฒนาตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($r = .260$, $p < .01$ และ $r = .610$, $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนการศึกษาต่อเนื่อง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างประสมการณ์การทำงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการพัฒนาตนเอง กับ สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง (n = 101)

ตัวแปร	สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด	
	r	p
ประสมการณ์การทำงาน	.260	.008
การศึกษาต่อเนื่อง	.120	.252
การพัฒนาตนเอง	.610	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโดยรวมและรายด้านในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในการวิจัยครั้งนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเป็นเวลามากกว่า 10 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับการปฏิบัติงานการพยาบาลเป็นงานบริการที่มุ่งประโยชน์ต่อสังคมและวิชาชีพ ที่ต้องมีความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง มีความตระหนักในวิชาชีพการพยาบาล เน้นการปฏิบัติโดยใช้ความรู้ความสามารถทางวิชาการในการบริการ และคุณธรรมจริยธรรมอย่างสูง สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความสามารถในการเตรียมความพร้อมทางร่างกายของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี มีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งมีทักษะในการสัมภาษณ์และการสังเกตผู้ป่วยอย่างละเอียด ซึ่งจะช่วยในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนี้ โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง ยังเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนิสิตแพทย์และนักศึกษาพยาบาล ทำให้พยาบาล

วิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้องมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจะต้องเรียนรู้กลยุทธ์และวิธีการทำงานใหม่ ๆ อยู่เสมอ เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล และสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ (ทิพย์ภาพร ประยูรสวัสดิ์เดช, 2553) ซึ่งการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพต้องใช้ความรู้ ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ตลอดจนมีความมั่นใจ ตั้งใจ และเต็มใจในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย อันก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร (ยุพิน สุขเจริญ, 2558) จึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดระยอง มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของบุษบงค์ ดุ่มสวัสดิ์ (2556) ที่ศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ห่อผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยรวมในระดับสูงถึงดีมาก

ผลการวิจัยพบว่า ประสมการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมาเป็นเวลานาน ย่อมมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมาก ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมทางร่างกายของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และการดูแล

ผู้ป่วยหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Khomeiran et al. (2006) ที่ศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ประสิทธิภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะ เนื่องจากประสบการณ์โดยตรงจะช่วยพัฒนาทักษะในการทำงาน

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีการพัฒนาตนเองด้านการปฏิบัติงานการพยาบาล อยู่เสมอ ย่อมมีการสำรวจและวิเคราะห์ความต้องการในการเรียนรู้ของตน มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และปรารถนาที่จะเรียนรู้ในเรื่องที่ตนต้องการ มีความอดทนต่ออุปสรรคต่างๆ และรับฟังคำแนะนำจากผู้อื่น เพื่อให้ตนเองมีความรู้ความสามารถ ความชำนาญ และมีทักษะในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย และตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ ทำให้เกิดความก้าวหน้าทั้งต่อตนเอง หน่วยงาน และองค์กร ประกอบกับในปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีแนวทางในการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนมากขึ้น ผู้รับบริการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโดยทั่วถึงอย่างรวดเร็ว มีความรู้และศักยภาพในการดูแลตนเอง และทราบถึงสิทธิของตนเอง ทำให้มีการขยายบทบาทหน้าที่และความสามารถของพยาบาลวิชาชีพอย่างมากในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ นอกจากนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลยังสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา และต่อเนื่อง จะเห็นได้จากการมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทางการพยาบาลและอื่นๆ ไว้ในฐานข้อมูลออนไลน์ที่สามารถค้นหาจากคอมพิวเตอร์ได้ตลอดเวลา รวมทั้งมีการจัดทำแผนพัฒนาเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลได้เข้าร่วมการประชุมหรืออบรมคนละ 10 วันต่อปี และมีการสำรวจความต้องการในการพัฒนาความรู้และความสามารถของตนเอง (training needs) จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตนเอง ซึ่งองค์ความรู้ แนวคิด และหลักการต่างๆ ที่ได้รับ ย่อมสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้เป็นอย่างดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา

ของกาญจนา อินนาจักร (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพกับประสิทธิภาพโรงพยาบาลชุมชน พบว่า การพัฒนาตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาต่อเนื่องไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดระยอง มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในแต่ละสาขา ซึ่งส่วนใหญ่จัดทำขึ้นเป็นคู่มือการปฏิบัติการพยาบาล โดยนำขั้นตอนการปฏิบัติและเนื้อหาที่เกี่ยวข้องมาจากตำรา และการตกลงกันในหน่วยงาน เพื่อเรียงลำดับขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสิริรักษ์ เจริญศรีเมือง (2551) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ พบว่า การได้รับการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับการพยาบาลในห้องผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูวิชาการด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแก่พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งรูปแบบการอบรมและการจัดทำเอกสารวิชาการ เพื่อเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

1.2 พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดควรพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น ทั้งเรื่องการสอนและนิเทศบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และการประสานงานในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเอง ผู้บริหาร และผู้ร่วมงาน

2.2 ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ

เช่น ภาวะผู้นำ ระบบพยาบาลที่เลี้ยง เพื่อนำไปเป็นข้อมูล ในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาล วิชาชีพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา อินนาจักร. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่าง การพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพกับประสิทธิผล องค์การพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 15 กระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- งานพัฒนาคุณภาพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระยอง. (2558). จำนวนผู้มารับบริการผ่าตัด ปีงบประมาณ 2558. ระยอง: ผู้แต่ง.
- ทิพย์ภาพร ประยูรสวัสดิ์เดช. (2553). สมรรถนะพยาบาล วิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาสูติศาสตร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทาง พยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษบงค์ ตุ่มสวัสดิ์. (2556). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวง สาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภาวิณี วัฒนคุณ. (2556). การพัฒนากอบสมรรถนะทาง การพยาบาลศัลยกรรมกระดูกและข้อของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลลำพูน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพิน สุขเจริญ. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ การปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดนครปฐม. วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์, 2(2), 14-26.

- ลดาวลัย มัลย์เจริญ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต.
- สมพันธ์ ทักษิณม, และนิตย์ ทักษิณม. (บ.ก.). (2558). คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก: ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย) เล่ม 4. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง. (2551). ปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะ พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาดา เหมพรหมราช. (2551). ความสัมพันธ์ของ การพัฒนาตนเอง วัฒนธรรมองค์การ กับการเป็น องค์การแห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลพญาไท 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุศักดิ์ ก้องเกียรติกุล. (2555). รายงานสถิติโรค. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์.
- เสาวรส สุดสว่าง. (2557). การประเมินผลสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพในแผนกศัลยกรรมกระดูกใน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เอื้องพร พิทักษ์สังข์, จุฑาไล ดันหาเทิดธรรม, สุกัญญา ศุภฤกษ์, และอรัญ วรานุรักษ์ศักดิ์. (2554). การศึกษา ความวิตกกังวล ความเครียด และความต้องการข้อมูล ของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก. วารสารพยาบาลศิริราช, 4(1), 35-42.
- Association of periOperative Registered Nurses. (2006). *Standards, recommended practices, and guideline*. Denver, CO: Author.

- Khomeiran, R. T., Yekta, Z. P., Kiger, A. M., & Ahmadi, F. (2006). Professional competence: Factors described by nurses as influencing their development. *International Nursing Review*, 53(1), 66-72.
- McCormick, E. J., & Ilgen, D. (1995). *Industrial and organization psychology* (3rd ed.). Englewood, CO: Prentice-Hall.
- Megginson, D., & Pedler, M. (1992). *Self-development: A facilitator's guide*. Berkshire, England: McGraw-Hill.
- Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery*, 14(1), 67.
- Weiser, T. G., Regenbogen, S. E., Thompson, K. D., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., & Gawande, A. A. (2008). An estimation of the global volume of surgery: A modelling strategy based on available data. *Lancet*, 372(9633), 139-144.
-

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดจันทบุรี* Predictive Factors of Depression among High School Students in Municipality, Chanthaburi*

USSอง เอนจิตการ, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Banjong Janjatkarn, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)¹

จินทุทา ชัยเสนา ดาลลาส, Ph.D. (Nursing)²

ชนัดดา แบบเกษ, Ph.D. (Medical Science)³

Jinjutha Chaisena Dallas, Ph.D. (Nursing)²

Chanudda Nabkasorn, Ph.D. (Medical Science)³

Received: April 5, 2019

Revised: May 22, 2019

Accepted: June 12, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดจันทบุรี ปีการศึกษา 2560 จำนวน 160 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความผูกพันในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .75 แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบสอบถามการติดอินเทอร์เน็ต มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น .88 และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่น .82 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 95.70 โดยนักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมเท่ากับ 12.32 ($SD = 4.87$) การติดอินเทอร์เน็ต และความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 32.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .325, p < .001$) โดยความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด ($Beta = -.492, p < .001$) รองลงมา คือ การติดอินเทอร์เน็ต ($Beta = .225, p < .01$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: tukakik22@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแก่นักเรียนมัธยมศึกษา โดยเน้นการจัดกิจกรรมที่เพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตและป้องกันการติดอินเทอร์เน็ต เพื่อช่วยเสริมสร้างให้นักเรียนมีสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความผูกพันในครอบครัว เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การติดอินเทอร์เน็ต ความแข็งแกร่งในชีวิต นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

Abstract

This predictive correlational research aimed to determine depression and factors influencing depression among high school students. The samples consisted of 160 high school students in municipality, Chanthaburi Province in an academic year of 2017. The research instruments included a demographic questionnaire, a family connectedness questionnaire with the reliability of .75, the negative life event scale with the reliability of .93, an internet addiction questionnaire with the reliability of .84, a resilience inventory questionnaire with the reliability of .88, and a depression questionnaire with the reliability of .82. Data were collected from July to August, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that 95.70% of high school students had no depression, whereas the overall mean score of depression was 12.32 ($SD = 4.87$). Internet addiction and resilience could statistically significant predict depression by 32.50% ($R^2 = .325, p < .001$). Resilience was the highest predictor of depression ($Beta = -.492, p < .001$) followed by internet addiction ($Beta = .225, p < .01$).

This research suggests that health care providers should apply these research results for preventing depression among high school students focusing on strengthening resilience and preventing internet addiction in order to promote good mental health.

Keywords: Depression, Family connectedness, Negative life event, Internet addiction, Resilience, High school student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ผิดปกติไปจากเดิมและเกิดได้ในทุกเพศ ทุกวัย บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเศร้า โดดเดี่ยวอ้างว้าง ไร้อารมณ์ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง บางครั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปจากเดิม (Beck, 2011) ในปี ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลกทำนายว่า โรคซึมเศร้าจะทำให้เกิด

ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (World Health Organization [WHO], 2011) ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้านับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พบคนไทยฆ่าตัวตายจากโรคซึมเศร้าประมาณปีละ 4,000 คน เฉลี่ยเดือนละ 300 กว่าคน ถือเป็นอันดับ 3 ของโลก (สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และจากสถิติการฆ่าตัวตาย

ของไทยในปี 2559 เท่ากับ 6.35 คน ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่า จังหวัดจันทบุรีเป็นอันดับ 1 ของไทย (สำนักข่าวอิศรา, 2560) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอายุ 15-18 ปี ในประเทศอินเดีย มีความชุกของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Joseph, 2011) และการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.97 (Matlin, Molock, & Tebes, 2011) ส่วนในประเทศไทย การศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายทั่วประเทศ พบความชุกร้อยละ 16.40 (พิทักษ์พล บุญยมลิก, พนมศรี เสาร์สาร, และวรรณ จูทา, 2550) และการศึกษาของจิตติวิ แก้วพรสวรรค์ และเบญจพร ดันตสุติ (2555) พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.80 ส่วนการศึกษาของนิชาภัทร รุจิราพร และอุมาพร ตรังคสมบัติ (2552) พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก (CES-D เท่ากับ 22 ขึ้นไป) ร้อยละ 17.40 แสดงให้เห็นว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ในช่วงวัยที่มีความเสี่ยงและมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง

ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นปัญหาที่พบได้ในหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (Joseph, 2011) เนื่องจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตที่สำคัญ มีการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด และด้านสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เริ่มแสวงหาเอกลักษณ์และความเป็นตัวของตัวเอง การปรับตัวต่อปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่วัยรุ่นจะพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2551) ซึ่งการปรับตัวด้านต่าง ๆ จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดความเครียด และหากมีการจัดการหรือการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถจัดการปัญหาได้ จะนำไปสู่การเบี่ยงเบนทางสุขภาพจิต และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะ

ซึมเศร้าได้ (Stuart, 2009) ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว และสังคม รวมทั้งการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และสัมพันธภาพ (National Institute of Mental Health [NIMH], 2011) ทำให้อายุวัยรุ่นมีการแสดงออก เช่น รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง มีพฤติกรรมแยกตัว โทษตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตไร้คุณค่า จนทำให้พัฒนาการด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม หยุดชะงัก ทำให้มีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Hill & Shepherd, 2009) จนนำไปสู่การเบี่ยงเบนทางสุขภาพจิต และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Stuart, 2009) มุมมองเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ตามแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart มองว่าวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบาง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม วัฒนธรรม ที่ประกอบเป็นองค์รวม ไม่สามารถแยกจากกันได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยกระตุ้น และแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาของบุคคล (Stuart, 2009)

ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้าของบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม วัฒนธรรม ซึ่งปัจจัยที่แตกต่างกันจะมีความโน้มเอียงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน (Stuart, 2009) ครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการกำหนดความเปราะบางหรือความเข้มแข็งของวัยรุ่น ซึ่งความผูกพันในครอบครัวถือเป็นปัจจัยนำด้านจิตใจที่อาจส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้า โดยความผูกพันในครอบครัวเป็นความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันต่อบิดามารดา ผู้เลี้ยงดู การรับรู้ถึงการเอาใจใส่ มีความพอใจในสัมพันธภาพภายในครอบครัว รู้สึกถึงการเป็นที่รักและที่ต้องการของครอบครัว เป็นตัวกำหนดความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมในทางบวกของบุคคล ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และผู้อื่น (วัชรินทร์ กระแสสัตย์, 2554) ความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อสภาวะทางจิตใจ ดังนั้นวัยรุ่นที่เติบโตมาในครอบครัวที่มีความเอาใจใส่ที่ดี

ให้ความรัก ความอบอุ่น มีความผูกพันกันของสมาชิกในครอบครัว จะทำให้วัยรุ่นมีพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคมเป็นไปอย่างเหมาะสม สามารถที่จะปรับตัวได้ดีเมื่อต้องเผชิญปัญหา (Resnick, Harris, & Blum, 1993) ในทางตรงกันข้าม หากวัยรุ่นเติบโตมาในครอบครัวที่ขาดความรัก ความผูกพันในครอบครัว มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของลำเจียก กำธร, โสภิต สุวรรณเวลา, ประไพพิศ สิงห์เสน, และสร้อยสุวรรณ พลสังข์ (2555) พบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของอาภรณ์ ศรีชัย (2559) พบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ปัจจัยกระตุ้น เป็นสิ่งเร้าที่คุกคามชีวิตหรือเป็นอันตรายต่อบุคคล ทำให้บุคคลต้องหาวิธีการเพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้น จึงทำให้รู้สึกกดดันหรือมีความเครียด (Stuart, 2009) เหตุการณ์สำคัญในชีวิตโดยเฉพาะเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ จัดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้า เพราะเมื่อเกิดขึ้นจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นภาวะเครียดที่ต้องมีการปรับตัว ส่วนใหญ่มักเป็นเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ ไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ได้ หรือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอันยิ่งใหญ่ในชีวิต (Kanner, Coyen, Schaefer, & Lazarus, 1981) จากการศึกษาของอาภรณ์ ศรีชัย (2559) พบว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และการศึกษาของวาริรัตน์ ถาน้อย, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, และภาศิญา อ่อนดี (2555) พบว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น รวมทั้งการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิต แสงอ่อน, และจริยา วิฑะสุกร (2556) พบว่า เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของนักเรียนมหาวิทยาลัย และการศึกษาของจิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, สายใจ พัวพันธ์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2558) พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ ปัญหาข้อจำกัด

ด้านการเรียน ปัญหาด้านการเงิน และปัญหาด้านวิชาเรียน สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 24.40

การติดอินเทอร์เน็ต ก็เป็นปัจจัยกระตุ้นต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น วัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ตจะมีปัญหาการจัดระเบียบความคิด จนไม่สามารถควบคุมตนเองให้ใช้อินเทอร์เน็ตได้อย่างเหมาะสม วัยรุ่นจะมีอาการคล้อยคนคิดยา ตัดการพนัน มีความอยาก ความโหยหา หมกมุ่นกับการใช้อินเทอร์เน็ต และต้องการใช้เวลานานขึ้นเรื่อยๆ (Young, 1996) จากการศึกษาพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมการเล่นติดอินเทอร์เน็ตในระดับสูง ร้อยละ 43.27 (รวีกรานต์ นันทเวช, 2550) ซึ่งการติดอินเทอร์เน็ตส่งผลกระทบต่อวัยรุ่น ทำให้มีปัญหาด้านการตัดสินใจ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ จนมีผลกระทบต่อการศึกษา รวมทั้งมีพฤติกรรมแยกตัว หมกมุ่นอยู่กับโลกเสมือนจริงมากเกินไป ทำให้เกิดปัญหาด้านการเข้าสังคม จนอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของพรพรรณ ศรีสภา, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, และดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2556) พบว่า วัยรุ่นหลงใหลการใช้อินเทอร์เน็ต และรับรู้ว่าเป็นอินเทอร์เน็ตเป็นเสมือนสังคมจำลองที่ตนเองเข้าไปอยู่ในนั้นแล้วทำให้รู้สึกปลอดภัย มีความสามารถ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต จนเปรียบเสมือนลมหายใจ ทำให้วัยรุ่นแยกตัวจากสังคม จนเป็นปัญหาในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง จากการศึกษาของเสาวภาภย์ แผลมเพ็ชร (2559) พบว่า นักเรียนชายและนักเรียนหญิงได้รับผลกระทบจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ทั้งด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านการเรียน ส่วนการศึกษาของจิตินันท์ ผิวนิล และพิมลพรรณ อิศรภักดี (2558) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมากที่สุด คือ การเสพติดการสื่อสารทั้งทางโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต

แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหา เป็นกลยุทธ์ที่บุคคลนำมาใช้ในการจัดการความเครียดหรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น อาจเป็นสิ่งที่มียู่ภายในตัวบุคคลหรือภายนอกก็ได้ ที่เป็นประโยชน์ต่อการสนับสนุนให้สามารถรับมือและจัดการความเครียดหรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นได้ (Stuart, 2009)

โดยเฉพาะวัยรุ่น ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นคุณลักษณะหนึ่งที่สำคัญในการเผชิญปัญหา เพราะเป็นศักยภาพในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ สามารถนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นรวมถึงรับมือกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะการณ์นั้นได้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยความสามารถนี้จะต้องได้รับการเสริมสร้างให้รู้สึกว่าคุณเองมีพร้อมใน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) I have (ฉันมี...) 2) I am (ฉันเป็นคนที่...) และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤตในชีวิต บุคคลก็จะดึงองค์ประกอบเหล่านี้นมาใช้ในการจัดการเหตุการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการเรียนรู้ (Grothberg, 1995) จากการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2556) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิต และการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, จริยา วิริยะสุกร, และพิศสมัย อรทัย (2554) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งการศึกษาของ Ziaian, de Anstiss, Antoniou, Sawyer, and Baghurst (2012) พบว่า วัยรุ่นที่มีปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ และมีภาวะซึมเศร้า จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำจากงานวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าหากวัยรุ่นไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม และมีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ มีโอกาสที่จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้าได้

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยเฉพาะนักเรียนสายวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ ซึ่งมีความเครียดค่อนข้างสูง เนื่องจากเนื้อหาวิชามีความยากซับซ้อน ต้องใช้เวลาในการศึกษาเพิ่มเติมมาก การปรับตัวต่อการเรียนไม่ได้ อาจทำให้การตอบสนองต่อความผิดหวังและความเครียดไม่เหมาะสม จนนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิต (พิภพ จิริบุญไธ, 2551) ทั้งนี้ การศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ยังมีน้อย ประกอบกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เหตุปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทำให้

วัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้าจึงมีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยเช่นกัน ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารและบุคลากรในโรงเรียน รวมถึงผู้ปกครอง ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของวัยรุ่น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

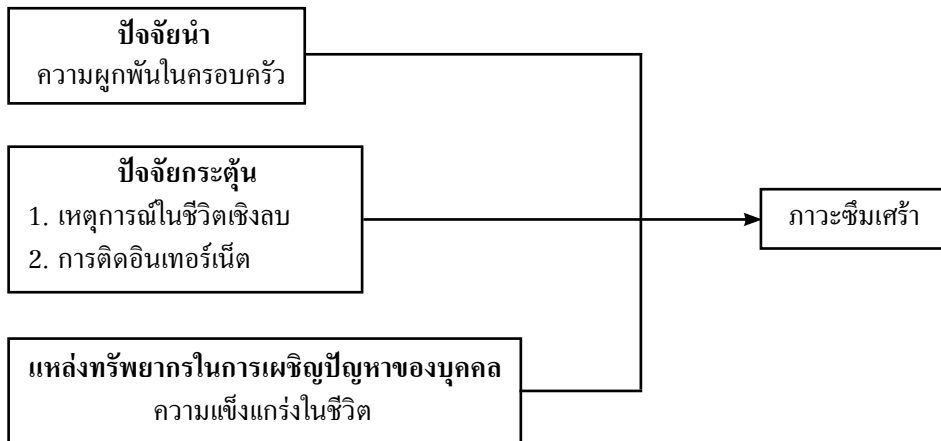
1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดจันทบุรี ได้แก่ ความผูกพันในครอบครัว เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การติดอินเทอร์เน็ต และความแข็งแกร่งในชีวิต

สมมติฐานการวิจัย

ความผูกพันในครอบครัว เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การติดอินเทอร์เน็ต และความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (2009) ในการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่ต้องมีการปรับตัวในหลายๆ ด้าน หากปรับตัวไม่เหมาะสมจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยกระตุ้น และแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาของบุคคล โดยผู้วิจัยศึกษาปัจจัยนำในเรื่องความผูกพันในครอบครัว ศึกษาปัจจัยกระตุ้นในเรื่องเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และการติดอินเทอร์เน็ต และศึกษาแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาของบุคคลด้านความสามารถส่วนบุคคลที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า คือ ความแข็งแกร่งในชีวิต สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่ของรัฐ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 17 ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดจันทบุรี ปีการศึกษา 2560 จำนวน 4,482 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นนักเรียนสายวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ 2) มีอายุ 15-18 ปีบริบูรณ์ 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพทางกาย และสุขภาพทางจิตที่มีผลต่อการให้ข้อมูล และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Tabachnick and Fidell (2001) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 160 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม ได้โรงเรียนเบญจมราชูทิศ จากนั้นเลือกห้องเรียนชั้นปีละ 2 ห้อง และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ตามเลขประจำตัวนักเรียน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

ข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ครอบครัว บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความผูกพันในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของวัชรินทร์ กระแสต์ (2554) ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของพิสมัย นพรัตน์ ปี พ.ศ. 2543 ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Resnick et al. ปี ค.ศ. 1993 จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก จำนวน 6 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อความทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยค่อนข้างมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีความผูกพันน้อย และคะแนนมาก หมายถึง มีความผูกพันมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของพิทักษ์พล บุญมาลิก (Boonyamalik, 2005) ที่แปลเป็นภาษาไทย และปรับเปลี่ยน

ข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นไทย ตามแนวคิดของ Maybery ปี ค.ศ. 2003 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกยุ่งยากใจต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันของนักเรียนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวนทั้งสิ้น 42 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 0-5 ได้แก่ เหตุการณ์ไม่ได้เกิดขึ้น เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแต่ไม่เกิดความยุ่งยากใจ เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจเล็กน้อย เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจบ้าง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจมาก และเหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจมากที่สุด สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง เหตุการณ์ได้สร้างความยุ่งยากใจน้อย และคะแนนมาก หมายถึง เหตุการณ์ได้สร้างความยุ่งยากใจมาก

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการคิดจินตนาการ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของจิตินันท์ วัฒนิน และพิมลพรรณ อิศรภักดี (2558) ที่พัฒนาจากแบบสอบถามของ Young ปี ค.ศ. 2004 จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง และเป็นประจำ สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการจินตนาการน้อย และคะแนนมาก หมายถึง มีการจินตนาการมาก

ชุดที่ 5 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของพัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ (2555) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Grotberg ปี ค.ศ. 1995 จำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เฉยๆ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีความแข็งแกร่งน้อย และคะแนนมาก หมายถึง มีความแข็งแกร่งมาก

ชุดที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ของอุมพร

ดรงค์สมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เลย บางครั้ง บ่อยๆ และตลอดเวลา ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และคะแนนมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก โดยคะแนนที่มากกว่า 22 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความผูกพันในครอบครัว แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ แบบสอบถามการคิดจินตนาการนี้ แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .75, .93, .84, .88 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 05-05-2560 วันที่ 20 มิถุนายน 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงเรียนเบญจมราชูทิศ เข้าพบบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และเก็บรวบรวมข้อมูลในวัน เวลา และสถานที่ ตามที่โรงเรียนนัดหมาย โดยให้กลุ่มตัวอย่าง

ตอบแบบบันทึก แบบสอบถาม และแบบประเมิน โดยให้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความผูกพันในครอบครัว ข้อมูลเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ข้อมูลการติดอินเทอร์เน็ต ข้อมูลความแข็งแกร่งในชีวิต และข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัว เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การติดอินเทอร์เน็ต และความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.60 มีอายุ 17 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.60 โดยมีอายุเฉลี่ย 16.24 ปี ($SD = .93$) กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.80 มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) เฉลี่ย 3.46 ($SD = .43$) สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่ คือ อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 68.80 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-50,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 81.30 โดยมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 31,928 บาท ($SD = 24,184$) บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยส่วนใหญ่ คือ บิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 73.10 และส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน คิดเป็นร้อยละ 63.70 โดยมีจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 4.33 คน ($SD = 1.22$)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

2.1 ความผูกพันในครอบครัว พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันในครอบครัวเท่ากับ 47.02 ($SD = 6.45$)

2.2 เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ยเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบเท่ากับ 45.59 ($SD = 23.82$)

2.3 การติดอินเทอร์เน็ต พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ยการติดอินเทอร์เน็ตเท่ากับ 14.97 ($SD = 3.32$)

2.4 ความแข็งแกร่งในชีวิต พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตเท่ากับ 116.86 ($SD = 13.56$)

3. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมเท่ากับ 12.32 ($SD = 4.87$) เมื่อจำแนกเป็นรายกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 4.30 มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 22.71 ($SD = .95$) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 95.70 มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 11.84 ($SD = 4.43$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัว เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การติดอินเทอร์เน็ต และความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และการติดอินเทอร์เน็ต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .287, p < .001$ และ $r = .296, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่า ความผูกพันในครอบครัว และความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.416, p < .001$ และ $r = -.524, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัว เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การติดอินเทอร์เน็ต และความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 160)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	r	p
ความผูกพันในครอบครัว	-.416	< .001
เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	.287	< .001
การติดอินเทอร์เน็ต	.296	< .001
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.524	< .001

5. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า การติดอินเทอร์เน็ต และความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 32.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .325, p < .001$)

โดยความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด ($Beta = -.492, p < .001$) รองลงมา คือ การติดอินเทอร์เน็ต ($Beta = .225, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 160)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.247	.033	-.492	-7.420	< .001
การติดอินเทอร์เน็ต	.132	.039	.225	3.399	.001

Constant = 1.402, R = .570, R² = .325, adj. R² = .316, F = 37.718, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 95.70 และนักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมเท่ากับ 12.32 ($SD = 4.87$) ซึ่งแปลผลได้ว่า นักเรียนโดยรวมไม่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดามารดาของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 68.80) โดยนักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 73.10) และมีรายได้ครอบครัว

เฉลี่ย 31,928 บาทต่อเดือน แสดงให้เห็นว่า นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่ค่อนข้างมีความพร้อมในการเป็นครอบครัว บุคคลที่อยู่ในครอบครัวมีทั้งบิดามารดา ได้รับความรัก ความอบอุ่น และการเอาใจใส่ ทำให้นักเรียนมีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันต่อบิดามารดา รู้สึกถึงการเป็นที่รักที่ต้องการของสมาชิกในครอบครัว โดยบุคคลที่มีความผูกพันในครอบครัวที่ดี จะเป็นตัวกำหนดความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมในทางบวกของบุคคล ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และผู้อื่น การที่วัยรุ่นมีพัฒนาการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญา และด้านสังคมเป็นอย่างดีเหมาะสม

จากการส่งเสริมของครอบครัว ทำให้สามารถปรับตัวได้ดี เมื่อต้องเผชิญปัญหา (Resnick et al., 1993) ทำให้นักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของวิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์, วรณัณ อรรถแสงศรี, ปารรณาสถิตยวิภาวี่, และชฎาภา ประเสริฐทรง (2559) ที่ศึกษาวัยรุ่นกับภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนึ่ง พบว่า นักเรียนร้อยละ 85.80 ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการวิจัยพบว่า การติดอินเทอร์เน็ต และความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 32.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น เป็นศักยภาพในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ สามารถนำพาชีวิตให้ผ่านพ้น รวมถึงสามารถรับมือกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะการณ์นั้นได้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วย “I have” เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต “I am” เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ “I can” เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือวิกฤตในชีวิต จะดึงองค์ประกอบเหล่านี้ออกมาใช้จัดการกับเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการเรียนรู้ (Grothberg, 1995) หากบุคคลไม่สามารถดึง 3 องค์ประกอบหลัก ดังกล่าวมาใช้ในการจัดการกับปัญหาได้ จะทำให้นักบุคคลเกิดความเครียด จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ นันทจันทร์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ziaian, de Anstiss, Antoniou, Baghurst, and Sawyer (2012) ที่ศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตและความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัญหาทางอารมณ์

และพฤติกรรม และการใช้บริการทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ทางตอนใต้ของประเทศออสเตรเลีย พบว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมจะมีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้าได้

ผลการวิจัยพบว่า การติดอินเทอร์เน็ตเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า วัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ต หมกมุ่นกับการใช้อินเทอร์เน็ต จะมีปัญหาในการจัดระเบียบความคิด มีความต้องการใช้เป็นเวลานานขึ้นเรื่อยๆ จนไม่สามารถควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พัฒนาการ และพฤติกรรม วัยรุ่นที่ยึดติดกับสังคมในโลกของอินเทอร์เน็ตจนแยกไม่ออกกว่าเป็นโลกของความจริงหรือโลกเสมือน จะมีการแยกตัวจากสังคม ทำให้ขาดทักษะการติดต่อสื่อสารกับคนในชีวิตจริง (นันท์วัช ลิทธิรักษ์, 2559) จนทำให้มีปัญหาในการปรับตัว จึงอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของจิตินันท์ ผิวนิล และพิมลพรรณ อิศรภักดี (2558) ที่ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดหนึ่ง พบว่า การติดอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaur (2015) ที่ศึกษาการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่า การติดอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การติดอินเทอร์เน็ตนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า

ผลการวิจัยพบว่า ความผูกพันในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ไม่ร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย แม้ว่าจะเป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ทั้งนี้อธิบายได้ว่านักเรียนอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 15-18 ปี) อาศัยอยู่กับบิดามารดา และครอบครัวมีความพร้อมในการเป็นครอบครัว แต่ด้วยวัยนี้เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางสังคมมากขึ้น ความสัมพันธ์กับเพื่อนจะเด่นชัด ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน และต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน เมื่อมีปัญหาหมกมุ่นกับเพื่อนมากกว่าบิดามารดา เพราะมีมุมมองว่าเพื่อนจะเข้าใจปัญหาของตนมากกว่าบิดามารดา

ซึ่งต่างวัยกัน (สุริยเดว ทรีปาตี, 2550) จึงทำให้ความผูกพันในครอบครัวไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มักพบว่า ความผูกพันในครอบครัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นวลจิรา จันระลักษณ์, ทศนา ทวีคุณ, และโสภณ แสงอ่อน, 2558; ลำเจียก กำธร และคณะ, 2555; อารณ ศรีชัย, 2559)

ผลการวิจัยพบว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบเป็นปัจจัยที่ไม่รวมทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย แม้ว่าจะเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบเป็นเหตุการณ์ที่เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต จนเกิดภาวะเครียดที่ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว หากไม่สามารถปรับตัวและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หรือใช้กลไกป้องกันทางจิตที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การเบี่ยงเบนทางสุขภาพจิต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Stuart, 2009) ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า นักเรียนมีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมในเกณฑ์ดี ($M = 3.46, SD = .43$) โดยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นตัวชี้วัดถึงสติปัญญา ความรู้ และความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของบุคคลนั้น (อังคณา เพชรภาพ, 2551) แสดงให้เห็นว่า นักเรียนมีพัฒนาการด้านสติปัญญาดี ซึ่งส่งผลให้มีการปรับตัวที่มุ่งเน้นการจัดการปัญหาหรือเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบได้ดีขึ้น ทำให้นักเรียนไม่ได้รับรู้ ว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบนั้นคุกคามจนเกิดปัญหาด้านจิตใจจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจินห์จุงา ชัยเสนา ดาลาส และคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบด้านปัญหากับเพื่อน ปัญหากับแฟน ปัญหากับครูอาจารย์ ปัญหากับบิดามารดา ปัญหากับเพื่อน นักศึกษาอื่น ปัญหากับญาติพี่น้อง ปัญหาด้านสุขภาพ และปัญหาด้านความสนใจในวิชาเรียน ไม่สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแก่นักเรียนมัธยมศึกษา โดยเน้นการจัดกิจกรรมที่เพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตและป้องกันการติดอินเทอร์เน็ต เพื่อช่วยเสริมสร้างให้นักเรียนมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มอื่นๆ เช่น นักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาส นักเรียนอาชีวศึกษา เพื่อขยายผลการศึกษานี้ให้กว้างขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เช่น อัตมโนทัศน์ ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม

2.3 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและป้องกันการติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนมัธยมศึกษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

- จินห์จุงา ชัยเสนา ดาลาส, สายใจ พัวพันธ์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 1-13.
- จิตติวิ แก้วพรสวรรค์, และเบญจพร ดันตสุติ. (2555). การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 395-402.
- จิตตินันท์ ผิวนิล, และพิมพ์พรพรรณ อิศรภักดี. (2558). พฤติกรรมการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารธรรมศาสตร์*, 34(2), 134-149.
- ณิชาภัทร รุจิราพร, และอุมาพร ตรังคสมบัติ. (2552). ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(4), 337-346.

- นวลจิรา จันระลักษณ์, ทศนา ทวีคุณ, และโสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 128-143.
- นันท์วัช สัทธีรักษ์. (2559). *จิตเวช ศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- พรพรรณ ศรีโสภา, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2556). ประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตในนิสิตที่มีพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(4), 61-73.
- พัชรินทร์ นันทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, จริยา วิทยะสุกร, และพิศสมัย อรทัย. (2554). ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(1), 1-13.
- พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และจริยา วิทยะสุกร. (2556). ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 7(2), 12-24.
- พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทศนา ทวีคุณ. (2555). โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- พิทักษ์พล บุญยามาธิก, พนมศรี เสาร์สาร, และวรวรรณ จูหา. (2550). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประโยควิชาชีพ: การสำรวจโรงเรียนและวิทยาลัยระดับชาติ ปี 2547. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(2), 172-180.
- พิภพ จิริบุญ. (2551). *การเรียนรู้มัธยมปลายขณะวัยรุ่น*. สืบค้นจาก satitapp.kus.ku.ac.th/guidance/story-10.html
- วรุกรานต์ นันทเวช. (2550). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลำเจียก กำธร, โสภิต สุวรรณเวลา, ประไพพิศ สิงห์เสม, และสร้อยสุวรรณ พลสังข์. (2555). ความผูกพันในครอบครัว ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 23(1), 15-26.
- วัชรินทร์ กระแสสัตย์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างประเพณีครอบครัว ความผูกพันในครอบครัว กับความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(2), 59-68.
- วาริรัตน์ ถาน้อย, อติธยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, และภาสิญา อ่อนดี. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(พิเศษ), 60-76.
- วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์, วรณัน อรรถแสงศรี, ปราภวนา สติชัยวิภาวี, และชฎาภา ประเสริฐทรง. (2559). วัยรุ่นกับภาวะซึมเศร้า: การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 35(5), 530-537.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2551). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักข่าวอิสรา. (2560). *จันทบุรีแซงขึ้นอันดับ 1 สถิติมีคนฆ่าตัวตาย-ทั้งประเทศ 4 พันคนปี*. สืบค้นจาก https://www.isranews.org/thaireform/thaireform-news/59416-suicide_59416.html

- สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สข.เผย ไทยฆ่าตัวตายปีละ 3,900 คน เดือน “สังคมออนไลน์” ระวังข้อความโหด “4 อย่า 3 ควร”*. สืบค้นจาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=75880
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2550). *กลยุทธ์การสร้างความผูกพันวัยรุ่นไทย (Developmental assets) เอกสารวิชาการ คลินิก เพื่อนวัยทีน*. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ.
- เสาวภาคย์ แหลมเพ็ชร. (2559). พฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนนทบุรี. *สุทธิปริทัศน์*, 30(93), 116-130.
- อังคณา เพชรภาพ. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษา ใน จังหวัดนครนายก (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาภรณ์ ศรีชัย. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพัน ในครอบครัว เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความฉลาด ทางอารมณ์ กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลาย (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรอง ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use* (Doctoral dissertation). Baltimore, MD: Johns Hopkins University.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Retrieved from <https://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/115519.pdf>
- Hill, R. G., & Shepherd, G. (2009). Disorders of mood: Depression and mania. In R. Newell & K. Gournay (Eds.). *Mental health nursing: An evidence-based approach* (pp. 165-186). Philadelphia: Elsevier.
- Joseph, N. (2011). Prevalence of depression among pre-university college students in an urban area of South India. *International Journal of Current Research*, 3(11), 439-442.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 1-39.
- Kaur, K. (2015). Internet addiction among adolescents in relation to depression. *International Journal of Management and Applied Science*, 1(9), 207-209.
- Matlin, S. L., Molock, S. D., & Tebes, J. K. (2011). Suicidality and depression among African American adolescents: The role of family and peer support and community connectedness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 108-117.
- National Institute of Mental Health. (2011). *Depression*. Washington: Government Printing Office.

- Resnick, M. D., Harris, L. J., & Blum, R. W. (1993). The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being. *Journal of Paediatrics and Child health*, 29 (Suppl. 1), 3-9.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th ed). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: Author.
- Young, K. S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the internet: A case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79(3 Pt 1), 899-902.
- Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P., & Sawyer, M. (2012). *Resilience and its association with depression, emotional and behavioural problem, and mental health service utilisation among refugee adolescents living in South Australia*. Retrieved from <https://www.hindawi.com/journals/ijpr/2012/485956/>
- Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Sawyer, M., & Baghurst, P. (2012). Depressive symptomatology and service utilisation among refugee children and adolescents living in South Australia. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(3), 146-152.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล*

The Effect of Emotional Quotient Enhancement Program on Mental Health among Nursing Students*

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Saowalak Sripho, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)¹

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing)² ชนัดดา แบบเกษ, Ph.D. (Medical Science)³

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing)² Chanudda Nabkasorn, Ph.D. (Medical Science)³

Received: January 15, 2019 Revised: May 30, 2019 Accepted: June 5, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 52 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่น .80 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 22 มกราคม ถึงวันที่ 22 มีนาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent *t*-test และ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: ns-nurse@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารสถาบันการศึกษาควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา
คำสำคัญ: ความฉลาดทางอารมณ์ ภาวะสุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of emotional quotient enhancement program on mental health among nursing students. The samples included 52, 1st-year nursing students studying at Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, 2nd trimester, in an academic year of 2017 and were equally divided into an experimental group ($n = 26$) and a control group ($n = 26$). The research instruments comprised the emotional quotient enhancement program, a questionnaire of demographic data, and the General Health Questionnaire (GHQ-28) with the reliability of .80. The implementation and data collection were conducted from January 22 to March 22, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t -test, and two-way repeated measures ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni.

The research results revealed that 1) at post-test and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant lower mean score of mental health than the control group ($p < .001$); and 2) at post-test and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant lower mean score of mental health than the pre-test period ($p < .001$).

This research suggests that educational executives should apply this emotional quotient enhancement program for promoting mental health among their students.

Keywords: Emotional quotient, Mental health, Nursing student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ได้ค่อนข้างง่าย (ปวีดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา พุ่มพวง, และสุนทรี ชะชาติย์, 2554) เนื่องจากต้องปรับตัวทั้งด้านพัฒนาการตามวัย ด้านการเรียนการสอน รวมถึงด้านสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอื่น โดยนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาล

สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีปัญหาสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวลในระดับสูง ร้อยละ 32 (ชนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, และนฤมล จันทระเกษม, 2560) และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.30 (กชกร แก้วพรหม และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, 2556) ส่วนนักศึกษาที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีปัญหาสุขภาพจิตที่มักแสดงออกด้วยอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว รู้สึกหงุดหงิด เหนง เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร (มณี อากานันท์ทิกุล, พรรณวดี

พุทธวนะ, และจริยา วิฑะสุกร, 2554) มีความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 50.70 (จิราภรณ์ สรรพวิวงศ์ และคณะ, 2559) ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ การตัดสินใจบกพร่อง แยกตัว มีภาวะซึมเศร้า และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย (นุชนาถ แก้วมาตร, จันทนา เกิดบางเขน, และชนัดดา แบนเกษร, 2556) บางคนไม่สามารถเรียนหนังสือต่อไปได้ และต้องลาออกกลางคัน (อนัญญา คูอาริยะกุล, วราภรณ์ ยศทวี, นัยนา อินธิโชติ, วิภาวรรณ นวลทอง, และวีระยุทธ อินพะเนา, 2555) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างมาก เนื่องจากนักศึกษาเริ่มเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเข้าสู่การศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่มีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เป็นผู้ใหญ่มากขึ้น นักศึกษาต้องรับผิดชอบในตนเองมากขึ้น ซึ่งนักศึกษาชั้นปีนี้มีมักมีปัญหการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์ ด้านชีวิตส่วนตัว และด้านครอบครัว (ปิ่นกมล บณุนทด, 2556) จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีความฉลาดทางจิตวิญญาณต่ำกว่าชั้นปีอื่น (ชนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2560) มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.10 ในระดับสูง ร้อยละ 50.50 และในระดับรุนแรง ร้อยละ 11.40 (ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2554) และร้อยละ 51.70 (สิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ, 2561) มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.90 (กชกร แก้วพรหม และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, 2556) และมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 21.40 (วาริรัตน์ ถาน้อย, อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, และภาสิญา อ่อนดี, 2555) จะเห็นได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตมักส่งผลกระทบต่อค่อนข้างมากทั้งต่อตัวนักศึกษา ครอบครัว และสังคม ซึ่งการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้นักศึกษาสามารถปรับตัวเข้ากับ

สถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการเรียนรู้ อย่างมีความสุข ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และประสบความสำเร็จในการศึกษา

ภาวะสุขภาพจิตเป็นพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม เพื่อตอบสนองและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่กดดันได้มักมีสุขภาพจิต ซึ่งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักประเมินได้จากการแสดงออกด้วยอาการทางกาย มีอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ มีความบกพร่องทางสังคม และมีอาการซึมเศร้า (Goldberg, 1972) ดังนั้น การเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิต หรือการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล จำเป็นต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลอย่างชัดเจน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม หรือจัดกระทำกับตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต อันเป็นการช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาในกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ (emotional quotient) เป็นปัจจัยภายในตนเองที่สำคัญในการช่วยเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิต โดยมีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล (ภทริยา พันธุ์ทอง, ทวีศักดิ์ กลิผล, ศิริยุพา นันสุนานนท์, ชนิกา เจริญจิตต์กุล, และพิจิตรา ชุณหวิจิตรธรรม, 2555) และนักศึกษาพยาบาลที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูง จะมีการรับรู้ต่อความเครียดน้อยลง (Martins, Ramalho, & Morin, 2010) โดยความฉลาดทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล (สุจิตรา กฤติยวราภรณ์, 2557) จะเห็นได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี (จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, สายใจ พัวพันธ์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2558) ดังนั้น ความฉลาดทางอารมณ์จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานต่อไป

ความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถทางอารมณ์ของบุคคลในการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านดี ซึ่งเป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง เห็นใจผู้อื่น และรับผิดชอบตนเอง ด้านเก่ง ซึ่งเป็นการรู้จักและมีแรงจูงใจ ตัดสินใจและแก้ปัญหา มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านสุข ซึ่งเป็นความภูมิใจในตนเอง พึงพอใจในชีวิต มีความสุขสงบ (กรมสุขภาพจิต, 2550) บุคคลที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงมักมีความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และจัดการกับความรู้สึกของตนเองได้ดี รวมถึงเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น มีความพึงพอใจในชีวิต สามารถสร้างสรรค์ผลงานใหม่ ๆ ได้ (สุภาพิชญ์ โพนโบร์แมนน์, 2553; Beauvais, Brady, O'Shea, & Quinn Griffin, 2011) รวมทั้งมีผลการเรียนที่ดี (Barkhordari & Rostambeygi, 2013) สามารถเผชิญปัญหาด้วยการแก้ปัญหาได้เหมาะสม (บุรียา แดงพันธ์ และคณิตเพียววิชัย, 2558) ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี และมีความสุข รวมทั้งสามารถพัฒนาตนเองไปตามเป้าหมายที่วางไว้ จึงมักประสบความสำเร็จในชีวิต (กนกพร หมูพยัคฆ์, จรินทร์พย์ อุดมพันธ์ุรัก, ชลียา กัญพัฒน์พร, ชัญญา แสงจันทร์, และพวงเพชร เกษรสมุทร, 2558; ผุสนีย์ แก้วฉิษย์ และเรวัตร์ คงผาสุข, 2557) การเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลรู้จักและควบคุมอารมณ์ของตนเอง เห็นใจผู้อื่น มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม สามารถตัดสินใจแก้ปัญหา สามารถปรับตัวได้ดีทั้งในเรื่องส่วนตัว การเรียน และการดำเนินชีวิต เห็นคุณค่าและพึงพอใจในชีวิตของตนเองที่เป็นอยู่ ทำให้นักศึกษาประสบความสำเร็จในชีวิต

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นถึงความสำคัญของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาล ที่ต้องเผชิญกับการปรับตัวทั้งด้านการเรียนและด้านการใช้ชีวิตในระบบของวิทยาลัยที่มีกฎระเบียบค่อนข้างเข้มงวด และไม่เป็นอิสระ ทำให้นักศึกษาบางคนมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด ซึมเศร้า บางคนอาจถึงขั้นลาออกจากวิทยาลัย จากสถิติของสำนักทะเบียนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสพรั่งบุรี (2560) พบว่าในช่วงปีการศึกษา 2557-2560 มีนักศึกษาที่ไม่สามารถ

ปรับตัวและมีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงจนต้องลาออกจากวิทยาลัย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.58 และทางวิทยาลัยยังไม่มีโปรแกรมช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาได้รับการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ อันจะทำให้รู้จักตนเองมากขึ้น สามารถแสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ตัดสินใจแก้ปัญหา และวางเป้าหมายในชีวิตได้ รวมทั้งสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ส่งผลให้นักศึกษามีภาวะสุขภาพจิตที่ดี และมีความสุขในการเรียนรู้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

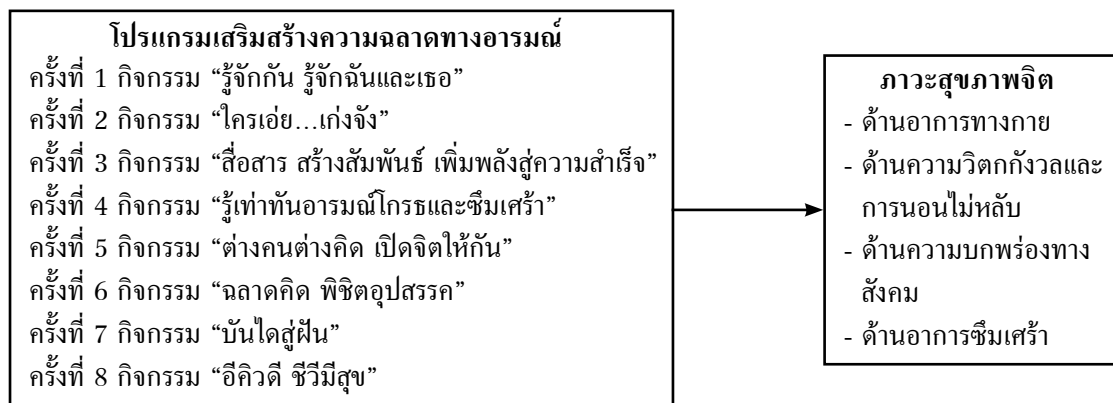
1. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
2. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (2550) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยความฉลาดทางอารมณ์ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข หากบุคคลได้รับการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ ก็จะสามารถปรับตัวเข้ากับ

สภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม และไม่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่นเดียวกับนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ ทำให้สามารถควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองได้ดี มีความเห็นใจผู้อื่น มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม เรียนรู้ที่จะรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น มีความภาคภูมิใจในตนเอง

พึงพอใจในชีวิต มีความสุขสงบทางใจ และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นสุข ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี โดยไม่มีอาการทางกาย ไม่มีความวิตกกังวล นอนหลับได้ ไม่มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ดี และไม่มีอาการซึมเศร้า สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups, pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรคบุรี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 124 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (General Health Questionnaire [GHQ-28]) 3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ

1) มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง เช่น มีภาวะเครียด มีภาวะซึมเศร้า จนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการเปิดตารางขนาดตัวอย่างของ Cohen (1988) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 จากงานวิจัยของศิริสุดา ลดาวัลย์ ณ อยุธยา (2548) และงานวิจัยของเกรียงไกร ยาม่วง (2554) อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 52 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม

เสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (2550) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “รู้จักกัน รู้จักฉันและเธอ” โดยให้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด สร้างสัมพันธภาพสำรวจภาวะสุขภาพจิตของตนเอง ผ่านกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับภาวะสุขภาพจิตและส่งเสริมสมาชิกให้สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ใครเอ่ย...เก่งจัง” โดยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความประทับใจของตนเองที่ผ่านมา และเปิดโอกาสให้สมาชิกอื่นได้แสดงความรู้สึกชื่นชม แบ่งกลุ่มให้ช่วยกันหาแนวทางการส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง ผู้วิจัยสรุปความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมสมาชิกให้สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “สื่อสาร สร้างสัมพันธ์ เพิ่มพลังสู่ความสำเร็จ” โดยให้ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ผ่านกิจกรรม “บ๊ายบาย กระซิบ” และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องปัญหาการสื่อสาร แนวทางการรักษาสัมพันธภาพที่ดี และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมสมาชิกให้สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “รู้เท่าทันอารมณ์โกรธและซึมเศร้า” โดยให้ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์โกรธหรือเศร้า เชื่อมโยงกับการแสดงออกทางอารมณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และส่งเสริมสมาชิกให้สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 5 กิจกรรม “ต่างคนต่างคิด เปิดจิตให้กัน” โดยให้ทำกิจกรรม “เชื่อโรค” เพื่อให้เกิดการคิดถึงใจเขาใจเรา และให้สำรวจพฤติกรรมของตนเองว่าเคยเห็นใจใคร จากนั้นให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน และส่งเสริมสมาชิก

ให้สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 6 กิจกรรม “ฉลาดคิด พิชิตอุปสรรค” โดยให้เล่าปัญหาหรืออุปสรรคในการเผชิญปัญหาของตนเอง จากนั้นจำลองสถานการณ์ปัญหา แล้วให้ร่วมกันศึกษาข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ และหาแนวทางในการเผชิญและแก้ปัญหา และส่งเสริมสมาชิกให้สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 7 กิจกรรม “บันไดสู่ฝัน” โดยให้ทำกิจกรรม “สร้างหอคอย” เพื่อเชื่อมโยงการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน โดยให้สำรวจเป้าหมายของตนเอง วิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อนของตนเอง และให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางการขับเคลื่อนตนเองไปสู่เป้าหมาย และส่งเสริมสมาชิกให้สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 8 กิจกรรม “อภิวดี ชีวิตมีสุข” โดยให้ทบทวนกิจกรรมตั้งแต่ครั้งแรก และให้คิดว่าตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง โดยให้วาดภาพ “สายธารกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลง” และให้สมาชิกทุกคนสะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม โรคประจำตัว ภูมิสำเนา รายได้ของนักศึกษา รายจ่ายของนักศึกษา ความพึงพอใจของรายได้ และรายได้ของบิดามารดา จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2539) แปลจากแบบประเมินของ Goldberg ปี ค.ศ. 1972 จำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางกาย ด้านความวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ ด้านความบกพร่องทางสังคม และด้านอาการซึมเศร้า มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน คือ ให้คะแนนตาม GHQ score (0 0 1 1) โดยตัวเลือกที่ 1 และ 2 มีค่าเท่ากับ 0 คะแนน และตัวเลือกที่ 3 และ 4 มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีปัญหาสุขภาพจิตน้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีปัญหาสุขภาพจิตมาก โดยคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 02-11-2560 วันที่ 27 ธันวาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มอย่างน้อย 5 ปี จำนวน

2 คน ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล สังเกตพฤติกรรม และบันทึกข้อมูลในการทำกิจกรรม โดยผู้ช่วยผู้วิจัยได้ฝึกการเก็บรวบรวมข้อมูล การสังเกต และการบันทึก ร่วมกับผู้วิจัย 2 ครั้ง

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 20-25 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติ และได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 18.30-20.00 น. ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วยการดูแลจากอาจารย์ที่ปรึกษา การให้คำปรึกษาในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย การส่งต่อเพื่อพบจิตแพทย์ในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง และการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรฯ ได้แก่ การปรับตัวด้านวิชาการ และการฝึกทักษะภาษาอังกฤษที่ช่วยในการปรับตัว

5. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ระยะติดตามผล 1 เดือน (follow-up) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 22 มกราคม ถึงวันที่ 22 มีนาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น

ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทุกคนเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.90 และ 61.50 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 18.92 ปี ($SD = .48$) และ 19.04 ปี ($SD = 1.70$) ตามลำดับ มีเกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 3.02 ($SD = .27$) และ 3.04 ($SD = .34$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 84.60 เท่ากัน มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ คิดเป็นร้อยละ 53.80 และ 65.40 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ย 4,034.61 บาทต่อเดือน ($SD = 613.15$) และ 4,754.61 บาทต่อเดือน ($SD = 2,358.12$) ตามลำดับ มีรายจ่ายเฉลี่ย 3,792.30 บาทต่อเดือน ($SD = 791.92$) และ 4,346.15 บาทต่อเดือน

($SD = 1,578.66$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 69.20 เท่ากัน และรายได้ของบิดามารดาเฉลี่ย 19,346.15 บาทต่อเดือน ($SD = 9,662.05$) และ 31,769.23 บาทต่อเดือน ($SD = 56,876.22$) ตามลำดับ

2. ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ 10.42 ($SD = 3.04$), 8.35 ($SD = 2.17$) และ 6.96 ($SD = 2.73$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ 9 ($SD = 2.92$), 8.50 ($SD = 2.53$) และ 8.35 ($SD = 2.52$) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	26	10.42	3.04	1.710	.958
กลุ่มควบคุม	26	9.00	2.92		

4. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิต และพบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน และระยะเวลาของการทดลองที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	11,527.44	1	11,527.44	672.677	< .001
ความคลาดเคลื่อน	856.83	50	17.13		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	112.42	2	56.21	26.176	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	51.50	2	25.75	11.991	< .001
ความคลาดเคลื่อน	214.74	100	2.14		

5. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิต ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาของการทดลอง	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน
ก่อนการทดลอง	10.42	-	1.29**	2.06**
หลังการทดลอง	8.35	-	-	.77*
ติดตามผล 1 เดือน	6.96	-	-	-

* $p < .05$, ** $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข ผ่านกระบวนการกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้นักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

และประสบการณ์ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในแต่ละกิจกรรมจะเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ และเมื่อนักศึกษามีความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ก็จะสามารถใช้สติและศักยภาพของตนเองในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิสัยพร นุชสุธรรม, พัชรารวณ แก้วกันทะ, ลาวัลย์ สมบูรณ์, ชมภู บุญไทย, และสุกัญญา เมืองมาคำ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (2550) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ว่า เมื่อนักศึกษาพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ครบทั้ง 8 ครั้ง จะมีความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้นทั้ง 3 ด้าน โดยจะเห็นได้จากการที่นักศึกษารู้จักตนเองมากขึ้น มีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองได้ดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนหรือผู้อื่นมากขึ้น มีความเห็นใจผู้อื่น มีแรงจูงใจในการเรียน มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวมมากขึ้น สามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันก็สามารถใช้สติและศักยภาพของตนเองในการแก้ปัญหาหรือผ่านพ้นสถานการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีโดยไม่แสดงออกด้วยอาการทางกาย ไม่มีความวิตกกังวลนอนหลับได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และไม่มีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ นักศึกษายังได้รับการส่งเสริมให้หาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นการช่วย

เสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ความฉลาดทางอารมณ์นั้นคงอยู่ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิสัยพร นุชสุธรรม และคณะ (2561) ที่พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิไล เกิดผล และพิเชษฐ เรืองสุขสุด (2553) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาทักษะชีวิตต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารสถาบันการศึกษาควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา

1.2 อาจารย์พยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์และภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ และมีการติดตามภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลเป็นระยะๆ เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาว

2.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ต่อตัวแปรตามอื่นๆ เช่น การปรับตัวสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า เพื่อขยายองค์ความรู้ให้เพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กชกร แก้วพรหม, และชนกฤทัย ชื่นอารมณ. (2556). การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(4), 128-135.

- กนกพร หมูพยัคฆ์, จรินทร์ชัย อุทุมพันธ์รัก, ชลียา กัญพัฒน์พร, ชาญญา แสงจันทร์, และพวงเพชร เกษรสมุทร. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 33(Suppl. 1), 55-65.
- กรมสุขภาพจิต. (2550). *อีคิว: ความฉลาดทางอารมณ์ (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกรียงไกร ยาม่วง. (2554). ผลของโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, สายใจ พัวพันธ์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 1-13.
- จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, มัชฌิมา คำมี, จันทรีจิรา นิมสุวรรณ, ชุตินา หมดอะดัม, สุภารัตน์ ละเอียดการ, และสุชาวดี ไสภณ. (2559). ความเครียด การจัดการความเครียด และความต้องการความช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(3), 36-50.
- ชนพล บรรดาศักดิ์, กนกพร ชาวเวียง, และณฤมล จันทระเกษม. (2560). ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(1), 357-369.
- ธนา นิลชัยโกวิท, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 2-17.
- นุชนาถ แก้วมาตร, จันทนา เกิดบางเขน, และชนัดดา แนนเกษร. (2556). นักศึกษาพยาบาลกับภาวะซึมเศร้า. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 21(3), 14-23.
- บุรียา แดงพันธ์, และคณิต เพ็ญวิชัย. (2558). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร. *วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 26(1), 27-38.
- ปวีดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา พุ่มพวง, และสุนทรี ชะชาติย์. (2554). ความเครียด การปรับตัว และความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 22(2), 1-14.
- ปิ่นมณฑา บณุนทด. (2556). การศึกษาปัญหาการปรับตัวของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดบุรีรัมย์ (รายงานผลการวิจัย). มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นบุรีรัมย์.
- ผุสณีย์ แก้วมณี, และเรวัตร คงผาสุข. (2557). ความฉลาดทางอารมณ์ และการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา. *วารสารอัล-อิกมาฮ์*, 4(8), 51-61.
- ภัทริยา พันธุ์ทอง, ทวีศักดิ์ กลิผล, ศิริยุพา นันฐานานนท์, ชนิกา เจริญจิตต์กุล, และพิจิตรา ชุมเหตุจิตรรม. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (รายงานผลการวิจัย). สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- มณี อาภานันท์กุล, พรรณวดี พุชวัฒน์, และจริยา วิฑะสุกร. (2554). ภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(4), 123-136.
- วารีรัตน์ ถาน้อย, อติศยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, และภาศิญา อ่อนดี. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(พิเศษ), 60-76.
- วิไลพร นุชสุธรรม, พิชราวรรณ แก้วกันทะ, ลาวัลย์ สมบูรณ์, ชมภู บุญไทย, และสุกัญญา เมืองมำคำ. (2561). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 45(1), 110-121.

- วิไล เกิดผล, และพิเชษฐ เรืองสุขสุด. (2553). ผลของการพัฒนาทักษะชีวิตต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 33(1), 10-21.
- ศิริสุดา ตดาวัลย์ ณ อยู่ธยา. (2548). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ศุภาพิชญ์ โพน โปร์แมนน์. (2553). ความฉลาดทางอารมณ์และความพร้อมในการปฏิบัติงานในบทบาทวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 47-57.
- สำนักทะเบียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. (2560). *ระเบียบประวัตินักศึกษา*. สุพรรณบุรี: ผู้แต่ง.
- สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, ณิกานต์ ผ่องดี, ณัฐธิดา ยานะรัมย์, ณัฐนรี น้อยนาง, ณัฐมล อาไนย์, ตุลากรณ์ บุญเชิญ, ... ธัญญาเรศ พอโยนต์. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 21(42), 93-106.
- สุจิตรา กฤติยารธรรม. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี* (รายงานผลการวิจัย). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- อนัญญา คูอาริยะกุล, วราภรณ์ ยศทวี, นัยนา อินธิโชติ, วิภาวรรณ นวลทอง, และวีระยุทธ อินพะเนา. (2555). เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(1), 18-26.
- Barkhordari, M., & Rostambeygi, P. (2013). Emotional intelligence in nursing students. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism*, 1(2), 46-50.
- Beauvais, A. M., Brady, N., O'Shea, E. R., & Quinn Griffin, M. T. (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse Education Today*, 31(4), 396-401.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554-564.

ผลของโปรแกรมบิเบเตือนภัยทางไกล Stroke ต่อความตระหนักรู้ ความรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

The Effect of the Stroke Warning Signs Program on Stroke's Awareness, Knowledge, and Practice to Decrease the Stroke Risk in Hypertensive Patients

ปฐยาวัชร ปรากดพล, พย.ด. ¹

Padthayawad Pragodpol, Ph.D. (Nursing) ¹

จิรียา อินนา, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ²

Jiriya Intana, M.N.S. (Adult Nursing) ²

Received: February 4, 2019 Revised: May 24, 2019 Accepted: June 17, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบิเบเตือนภัยทางไกล Stroke ต่อความตระหนักรู้ ความรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี จำนวน 26 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมบิเบเตือนภัยทางไกล Stroke แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .71 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .95 และ แบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .87 ดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมบิเบเตือนภัยทางไกล Stroke ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ย ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัว เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.099, p < .01$; $Z = 4.346, p < .001$ และ $Z = 3.769, p < .001$ ตามลำดับ)

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Phraputthabat

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: saprabat@yahoo.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมบิเตือนภัยทางไกล Stroke ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว
คำสำคัญ: ความตระหนักรู้ ความรู้ การปฏิบัติตัว ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the stroke warning signs program on stroke's awareness, knowledge, and practice to decrease the stroke risk in hypertensive patients. The samples consisted of 26 hypertensive patients receiving services at a subdistrict health promoting hospital in Saraburi Province. The research instruments were composed of the stroke warning signs program, a demographic questionnaire, a stroke awareness questionnaire with the reliability of .71, a stroke knowledge questionnaire with the reliability of .95, and a stroke practice questionnaire with the reliability of .87. The implementation and data collection were conducted from December, 2017 to March, 2018. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon signed-rank test.

The research results revealed that after using the stroke warning signs program, the hypertensive patients had statistically significant higher mean scores of stroke's awareness, knowledge, and practice to decrease the stroke risk than before using the program ($Z = 3.099$, $p < .01$; $Z = 4.346$, $p < .001$ and $Z = 3.769$, $p < .001$, respectively).

This research suggests that health care providers should apply the stroke warning signs program for caring hypertensive patients in order to decrease the stroke risk in a long period.

Keywords: Awareness, Knowledge, Practice, Stroke risk, Hypertensive patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงนับเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่กำลังคุกคามทั่วโลก ปัจจุบันพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.50 ล้านคน หรือร้อยละ 12.80 ของสาเหตุการตายทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการสูญเสียสุขภาพ (disability-adjusted life year [DALY]) 57 ล้านปี หรือคิดเป็นร้อยละ 3.70 ของการสูญเสียสุขภาพ และมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (World Health Organization [WHO], 2013) สำหรับ

ประเทศไทย จากข้อมูลของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2558 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55 โดยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ร้อยละ 39.10 และยังพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.90 (เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2558) และจากสถิติสาธารณสุขพบว่า อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในช่วงปี 2555-2559 เท่ากับ 31.70, 35.90, 38.70, 43.30 และ 48.70 ตามลำดับ และอัตราการป่วยด้วย

โรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในช่วงปี 2554-2558 เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ (คณะทำงานจัดทำรายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า อัตราการตายและอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชาชนไทย พ.ศ. 2557 ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประชากรทั้งในเพศชายและเพศหญิง (30,402 ราย และ 31,044 ราย ตามลำดับ) และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นอันดับ 2 ในเพศชายและอันดับ 1 ในเพศหญิง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560)

จังหวัดสระบุรี เป็นพื้นที่ที่พบปัญหาโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมาก โดยในปี พ.ศ. 2561 พบอัตราการชุกของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.65 (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยในปี พ.ศ. 2555 พบอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง 4.60 ต่อประชากรแสนคน และยังพบอัตราการตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมองในช่วงปีงบประมาณ 2559-2561 เท่ากับ 16.19, 14.86 และ 14.59 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าอัตราการตายของประเทศ (ร้อยละ 8.22) และสูงกว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุว่า ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 (“รายงานการตรวจราชการเขต 4,” 2562)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่อันตรายเป็นเพศฆาตเงียบ (silent killer) มักไม่ปรากฏอาการในระยะเริ่มแรก หากไม่ได้รับการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมา เนื่องจากหลอดเลือดถูกทำลายและแข็งตัว ทำให้อวัยวะต่างๆ ที่สำคัญถูกทำลาย เป็นผลให้เกิดความดันโลหิตสูงวิกฤต หัวใจวาย ไตวาย อัมพาต พิกัด และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสดังกล่าว การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าบุคคลทั่วไป 2-4 เท่า (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์,

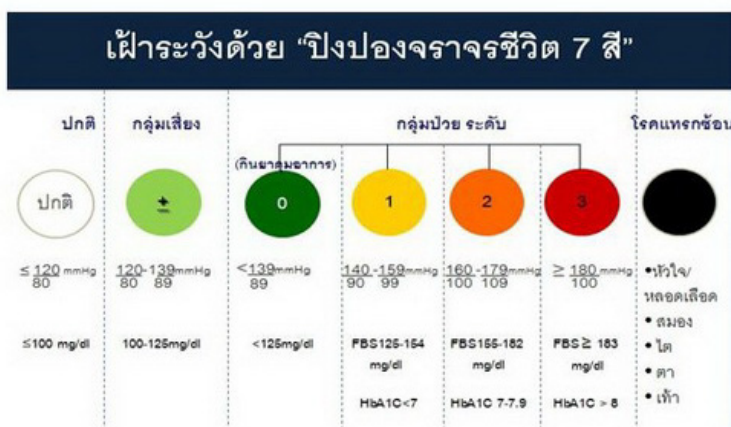
2550; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561) การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณของตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรังทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ในทุกระยะของการเจ็บป่วย ทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะหลังเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสภาพ (กฤษณา พิรเวช, 2552) ก่อให้เกิดความพิการ ได้แก่ มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การพูดและภาษา การรับประทานอาหาร การรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้สติปัญญา ส่วนด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยมีความคับข้องใจ ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง มีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกขัดแย้ง สูญเสียคุณค่าในตนเอง มีความล้มเหลวในการปรับตัว และมีความต้องการในการพึ่งพา โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (นิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, อรุณี ชาญชัย, ปิ่นนเรศ กาสดม, และ คณิศร แก้วแดง, 2559) สำหรับด้านครอบครัวพบว่าการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว มีความรู้สึกที่เป็นภาระทั้งด้านการดูแลและคำปรึกษาพยาบาล (จันทร์จิรา ลีสว่าง และนางฉัตร รุ่งเนย, 2559; ช่อพกา สุทธิพงศ์ และศิริอร ลินธู, 2555; Raju, Sarma, & Pandian, 2010; Satink et al., 2013)

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คือ ความดันโลหิต (นิตยา พันธุเวทย์ และลินดา จำปาแก้ว, 2558) ซึ่งบุคคลสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ด้วยการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ ควบคุมความดันโลหิต และลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด (ชลธิรา กาวโรสง, 2555) จากการศึกษาของวาร์ตัน ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, และวราณี สัมฤทธิ์ (2560) พบว่า กระบวนการสร้างความตระหนักรู้ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น และความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความตระหนักรู้

เป็นกุญแจสำคัญที่สามารถลดอัตราความพิการ ภาวะโรค และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ (อุมพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา, 2557) และจากการศึกษาของกษมา เชียงทอง (2554) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนภัยของโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยลดโอกาสของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ทันทั่วทั้งที่ รวมทั้งผลกระทบจากการขาดความตระหนักรู้ ทำให้ขาดความใส่ใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และมีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาที่เร่งด่วนภายใน 3 ชั่วโมง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยการสร้างความตระหนักรู้ ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง

คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการเสริมสร้างความตระหนักรู้ ความรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งยังไม่พบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือหรือนวัตกรรมที่เสริมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation

Theory) ของ Rogers (Boer & Seydel, 1998; Rogers, 1983) ร่วมกับแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ของวิชัย เทียนถาวร (2556) ในการพัฒนานวัตกรรมบับเตือนภัยห่วงไกล Stroke โดยการเพิ่มแรงดันของสมองจำลองตามระดับของความดันโลหิตที่สอดคล้องกับแถบสีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและจดจำได้มากกว่าตัวเลขค่าความดันโลหิต ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มปกติ (สีขาว) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) กลุ่มป่วย ระดับ 0 (สีเขียวเข้ม) ระดับ 1 (สีเหลือง) ระดับ 2 (สีส้ม) ระดับ 3 (สีแดง) และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (สีดำ) (ดังแสดงในภาพที่ 1) ยิ่งระดับความเข้มของสีมากขึ้นเท่าไร แรงดันในสมองก็จะเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น เป็นการกระตุ้นให้รับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถือเป็นสิ่งคุกคามที่สำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความกลัว และคาดหวังว่าตนเองจะไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จึงตอบสนองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การเสริมสร้างความตระหนักรู้ ความรู้ และการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นแนวทางในการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เข้าถึงการดูแลรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ อันเป็นการช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป



ภาพที่ 1 ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมบิเบเดอนกัยห่างไกล Stroke

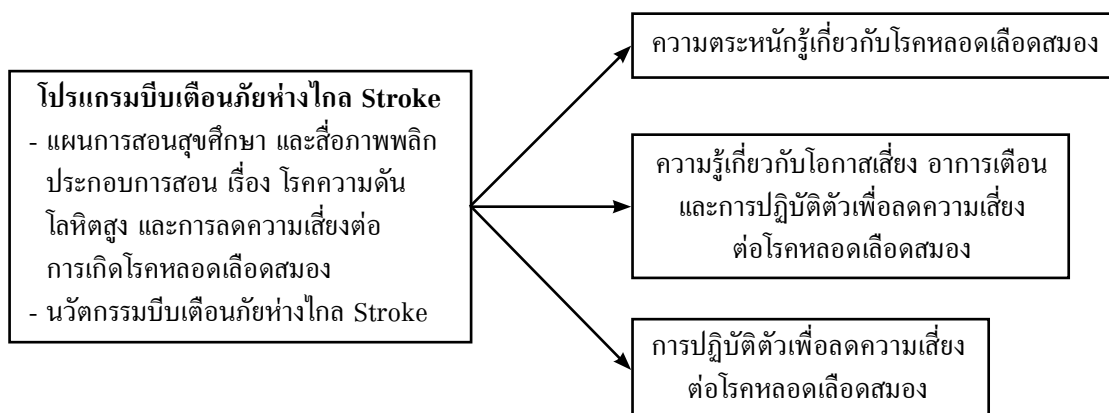
สมมติฐานการวิจัย

หลังการใช้โปรแกรมบิเบเดอนกัยห่างไกล Stroke ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers (Boer & Seydel, 1998; Rogers, 1983) ร่วมกับแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ของวิชัย เทียนถาวร (2556) โดยทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การรับรู้

ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง โดยคณะผู้วิจัยใช้นวัตกรรมบิเบเดอนกัยห่างไกล Stroke เพื่อเป็นสื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามสำคัญที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้จากการสัมผัสสมองจำลองของนวัตกรรม ซึ่งถือเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของสิ่งที่กำลังคุกคาม ทำให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ เกิดความกลัว และคาดหวังว่าตนเองจะไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จึงตอบสนองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว ส่วนแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ถูกนำมาใช้เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ป่วย เพราะยังระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้นเท่าไร ระดับความเข้มของสีจะยิ่งมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งสัมพันธ์กับแรงดันของสมองที่เพิ่มมากขึ้น และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สูงขึ้นเช่นกัน โดยการใช้นวัตกรรมบิเบเดอนกัยห่างไกล Stroke ถือเป็นการเชื่อมโยงจากความตระหนักรู้สู่การปฏิบัติตัวในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ และมีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคันทรี อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ในช่วงเดือนธันวาคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีค่าความดันซิสโตลิกไม่เกิน 180 mmHg และค่าความดันไดแอสโตลิกไม่เกิน 110 mmHg 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคความดันโลหิตสูง 3) มั่นใจว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามที่กำหนด และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีความผิดปกติต่างๆ เกิดขึ้น จนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามทฤษฎีแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) (Bartz, 1999) ที่ระบุว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 คน จะมีการกระจายของข้อมูลแบบเป็นโค้งปกติ

คณะผู้วิจัยจึงได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมบีบเตือนภัยทางไกล Stroke มีส่วนประกอบ ดังนี้

1.1 แผนการสอนสุศึกษา และสื่อภาพพลิกประกอบการสอน เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง และการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.2 นวัตกรรมบีบเตือนภัยทางไกล Stroke คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีแรงงูใจในการป้องกันโรคของ Rogers (Boer & Seydel, 1998; Rogers, 1983) ร่วมกับแนวคิดป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ของวิชัย เทียนถาวร (2556) โดยนำผ้ายืดมาตัดเป็นรูปสมอง และเย็บคลุมรอบ cuff ของเครื่องวัดความดันโลหิตที่มีหน้าปัดเป็นรูปวงกลมเพื่อให้แรงดันตามระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นจากการที่ cuff ดันผ้ายืดที่เย็บเป็นรูปสมองออก ซึ่งปริมาณแรงดันที่ใส่เข้าไปใน cuff ที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อการยืดขยายของสมองแตกต่างกัน นวัตกรรมบีบเตือนภัยทางไกล Stroke แสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 นวัตกรรมบีบเตือนภัยทางไกล Stroke

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิต ไรคร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ และค่าดัชนีมวลกาย จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของอุมาพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา (2557) จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่า เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่า ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความตระหนักรู้ในระดับต่ำ (0-5.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (6-8 คะแนน) และในระดับสูง (8.01-10 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของวิยะการ แสงหัวช้าง (2556ก) จำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ถูก ผิด หรือไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-14.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (15-20 คะแนน) และในระดับสูง (20.01-25 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของวิยะการ แสงหัวช้าง (2556ก) จำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ส่วนเกณฑ์

การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติตัวในระดับต่ำ (0-44.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (45-60 คะแนน) และในระดับสูง (60.01-75 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำโปรแกรมบีบเตือนภัยทางไกล Stroke แบบประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และอาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .83 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินความตระหนักรู้ฯ แบบทดสอบความรู้ฯ และแบบประเมินการปฏิบัติตัวฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พระพุทธบาท ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความตระหนักรู้ฯ และแบบทดสอบความรู้ฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .71 และ .95 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินการปฏิบัติตัวฯ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพระพุทธบาท (เอกสารรับรอง เลขที่ EC 015/2561 วันที่ 6 ธันวาคม 2560) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคณชี่ จากนั้นสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มีคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) วัดความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้วแจ้งให้ทราบ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 30-40 นาที

3. คณะผู้วิจัยให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างตามแผนการสอนสุขภาพ และสื่อภาพพลิกประกอบการสอนเรื่อง โรคความดันโลหิตสูง และการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง

4. คณะผู้วิจัยสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคน โดยใช้นวัตกรรมบิเบตอนภัยห่างไกล Stroke โดยบิเบแรงดันของเครื่องวัดความดันโลหิตให้เท่ากับค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างจับผ้ายืดรูปสมองที่ขยายตามค่าความดันโลหิตของตน จากนั้นปรับแรงดันของเครื่องวัดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ของกลุ่มปกติ (ป้องกันสีขาว) และเกณฑ์ของกลุ่มป่วย ระดับ 3 (ป้องกันสีแดง) โดยให้กลุ่มตัวอย่างจับผ้ายืดรูปสมองทุกครั้ง จากนั้นซักถามความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงดันที่มีต่อสมองเมื่อค่าความดันโลหิตแตกต่างกัน ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

5. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ภายหลังการสร้างความรู้แล้ว 1 เดือน และให้ตอบแบบประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบทดสอบ

ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 30-40 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความตระหนักรู้ ความรู้ และการปฏิบัติตัว ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมบิเบตอนภัยห่างไกล Stroke วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมตลอดการวิจัยจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 เนื่องจากเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน จำนวน 2 คน มีการย้ายที่อยู่ 1 คน และไม่สามารถติดต่อได้ 1 คน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.80 อายุต่ำสุดคือ 40 ปี และสูงสุด คือ 84 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 70.20 ปี ($SD = 17.36$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 76.90 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80.80 มีรายได้เฉลี่ย 5,653.85 บาทต่อเดือน ($SD = 7,012.63$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.50 ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงต่ำสุด คือ 2 ปี และสูงสุด คือ 30 ปี โดยมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 6.65 ปี ($SD = 5.72$) ค่าความดันซิสโตลิกสูงสุด คือ 170 mmHg โดยมีค่าความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 142.38 mmHg ($SD = 11.87$) และค่าความดันไดแอสโตลิกสูงสุด คือ 110 mmHg โดยมีค่าความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 86.08 mmHg

($SD = 12.16$) มีโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.31 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 76.92 และมีน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน คิดเป็นร้อยละ 69.23

2. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัว เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัว เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมบิเบตอนกัซ ห้างไกล Stroke พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้ฯ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวฯ ในระดับต่ำ ($M = 4.58, SD = 2.58; M = 9.69, SD = 7.60$ และ $M = 35.31, SD = 6.63$ ตามลำดับ) ส่วนหลัง การใช้โปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้ฯ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวฯ ในระดับปานกลาง ($M = 6.85,$

$SD = 1.26; M = 19.62, SD = 3.62$ และ $M = 51.31, SD = 12.48$ ตามลำดับ)

3. การเปรียบเทียบความตระหนักรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด สมอง และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนกับหลัง การใช้โปรแกรมบิเบตอนกัซห้างไกล Stroke พบว่า หลังการใช้ โปรแกรมบิเบตอนกัซห้างไกล Stroke ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด สมอง และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.099, p < .01; Z = 4.346, p < .001$ และ $Z = 3.769, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมบิเบตอนกัซห้างไกล Stroke ($n = 26$)

ช่วงเวลา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง				
ก่อนการใช้โปรแกรม	4.58	2.58	3.099	.002
หลังการใช้โปรแกรม	6.85	1.26		
ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง				
ก่อนการใช้โปรแกรม	9.69	7.60	4.346	< .001
หลังการใช้โปรแกรม	19.62	3.62		
การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง				
ก่อนการใช้โปรแกรม	35.31	6.63	3.769	< .001
หลังการใช้โปรแกรม	51.31	12.48		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมบีบเตือนภัยทางไกล Stroke ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมบีบเตือนภัยทางไกล Stroke สามารถสร้างความตระหนักรู้และความรู้ในการส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองนี้รวมถึงการรับรู้ถึงคุณค่า โอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการรับรู้นี้เป็นสิ่งที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers (Boer & Seydel, 1998; Rogers, 1983) โดยการวิจัยครั้งนี้ นวัตกรรมบีบเตือนภัยทางไกล Stroke ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ถึงความดันโลหิตสูงมากขึ้นเท่าไร แรงดันในสมองจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น และทำให้สมองได้รับอันตรายและเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้จากการสัมผัสสมองจำลองของนวัตกรรมนี้ ถือเป็นการรับรู้ถึงคุณค่าสำคัญที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคน ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ เกิดความกลัวต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มีโอกาสเกิดขึ้น และคาดหวังว่าตนเองจะไม่เป็นโรคนี้ ดังนั้น การคาดหวังในประสิทธิผลที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับตนเองจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยคณะผู้วิจัยได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

โอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรสวรรค์ คำทิพย์ และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิชะการ แสงหัวช้าง (2556ข) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า หลังเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มและได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรวุฒิ พัฒนโกธรรตนา (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวรรัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอหนึ่ง พบว่า กระบวนการสร้างความตระหนักรู้ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจึงควรส่งเสริมความตระหนักรู้ ความรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
บุคลากรทางสุขภาพควรรวบรวมโปรแกรมบีบเตือนภัยทางไกล Stroke ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในสถานบริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูล จากตัวเลขค่าความดันโลหิต และความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมองที่เป็นรูปธรรม ซึ่งทำให้เกิดความตระหนักรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน เพราะมี ผลต่อการรับรู้และการเรียนรู้ เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้ มากกว่า 30 คน และจัดให้มีกลุ่มควบคุม รวมทั้งมีการติดตาม ความตระหนักรู้ ความรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานตามตัวชี้วัดในระดับ NCD Clinic Plus ปี 2561: อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบจังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2561. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2018&source=pformatted/format1.php&id=6d0c58de6b948dd0eac3c736c7584b59
- กฤษณา พิวเวช. (2552). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. ใน นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). (บ.ก.), การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (น. 205-225). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กษมา เชียงทอง. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคลองสะแกด จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2560). รายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2558). รายงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2558. สืบค้นจาก http://dmht.thaimedresnet.org/files_2558/57DMHT_2014_ALL_Ontour.pdf
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). โรคความดันโลหิตสูง. ใน วิทยา ศรีดามา (บ.ก.), ตำราอายุรศาสตร์ 4 (น. 176-201). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์จิรา สีสว่าง, และนงนภัทร รุ่งเนย. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กลยุทธ์สู่การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 34(3), 10-18.
- ชลธิรา กาวไสง. (2555). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ช่อผกา สุทธิพงษ์, และศิริอร สันธ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 30(1), 28-39.
- นิตยา พันธุเวทย์, และลินดา จำปาแก้ว. (2558). ประเด็นสารธรรมะวันอาทิตย์โลก ปี พ.ศ. 2557. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- นิมมวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, อรุณี ชาญชัย, ปิ่นนเรศ กาศอุดม, และณิศร แก้วแดง. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27(2), 54-64.

- พรสวรรค์ คำทิพย์, และชนกพร จิตปัญญา. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 44-55.
- รายงานการตรวจราชการเขต 4. (2562). สืบค้นจาก <http://rh4.moph.go.th>
- วรภูมิ พัฒนโกศรีตนา. (2558). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 29(1), 145-153.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, และวราณี สัมฤทธิ์. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขต อ.เมือง จ.ตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 94-107.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). *ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: นโยบายสู่ การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิชะการ แสงหัวช้าง. (2556ก). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตำบลต้นตาล อำเภอสายบุรี จังหวัดสระบุรี* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี.
- วิชะการ แสงหัวช้าง. (2556ข). ผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเฝ้าป่วยเรื้อรัง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(4), 260-273.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ชิสเต็มส์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติสาธารณสุข 2556*. สืบค้นจาก http://planning.anamai.moph.go.th/download/D_DataMarts/Stat/health_statistics_2556.pdf
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561). *ประเด็นสารธรรมะวันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2561*. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_61.pdf
- อุมาพร แซ่กอ, และชนกพร จิตปัญญา. (2557). การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 6(2), 13-23.
- Bartz, A. E. (1999). *Basic statistical concepts* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Boer, H., & Seydel, E. R. (1998). Protection motivation theory. In M. Corner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior* (pp. 95-120). Philadelphia: Open University Press.
- Raju, R. S., Sarma, P. S., & Pandian, J. D. (2010). Psychosocial problems, quality of life, and functional independence among Indian stroke survivors. *Stroke*, 41(12), 2932-2937.
- Rogers, R. W. (1983). Protection motivation theory. *Health Education Research Theory and Practice*, 7(1), 153-161.

Satink, T., Cup, E. H., Iloft, I., Prins, J., de Swart, B. J., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2013). Patients' views on the impact of stroke on their roles and self: A thematic synthesis of qualitative studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(6), 1171-1183.

World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf;jsessionid=D8A5665CBA1225231798D8D48D7B0417?sequence=1

ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้อง ทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง*

The Effects of Gestalt Group Counseling on Burnout in Peritoneal Dialysis Patients*

ปรียา อัสวเมธพันธ์, วท.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา) ¹

Pariya Asawamethapant, M.Sc. (Counseling Psychology) ¹

ดลดาว ปุณณานันท์, ศศ.ด. (จิตวิทยา) ²

ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล, Ph.D. (Counseling Studies) ³

Doldao Purananon, Ph.D. (Psychology) ²

Chomphunut Srichannil, Ph.D. (Counseling Studies) ³

Received: May 17, 2019

Revised: June 25, 2019

Accepted: June 26, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .82 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และ repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Newman-Keuls

ผลการวิจัยพบว่า 1) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 3) ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Science Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University
มหาวิทยาลัยบูรพา สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: peya19@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Education, Burapha University: Major Advisor

³ อาจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Lecturer, Faculty of Education, Burapha University: Co-advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรมีการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ไปใช้กับผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ตั้งแต่ระยะก่อนเริ่มล้างไต โดยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความจริงที่จะต้องอยู่กับโรคเรื้อรังและล้างไตไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความเหนื่อยหน่าย

คำสำคัญ: การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ ความเหนื่อยหน่าย การล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of Gestalt group counseling on burnout in peritoneal dialysis patients. The samples consisted of 20 peritoneal dialysis patients receiving services at Banbung Hospital, Chonburi Province and were divided into an experimental group ($n = 10$) and a control group ($n = 10$). The research instruments included the Gestalt group counseling, a demographic questionnaire, and a burnout scale with the reliability of .82. The implementation and data collection were conducted from September to December, 2016. Statistic used for data analysis were frequency, percentage, and repeated measures ANOVA with multiple comparisons by Newman-Keuls.

The research results revealed that 1) there was a statistically significant interaction between the method and the duration of the experiment ($p < .001$); 2) at the post-test and the follow-up phases, the experimental group had statistically significant lower mean score of burnout than the control group ($p < .05$); and 3) at the post-test and the follow-up phases, the experimental group had statistically significant lower mean score of burnout than the pre-test phase ($p < .05$).

This research suggests that health care providers should apply the Gestalt group counseling for peritoneal dialysis patients in early phase, focusing on self-acceptability in disease and dialysis in order to prevent burnout.

Keywords: Gestalt group counseling, Burnout, Peritoneal dialysis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือระยะที่ 5 จัดเป็นเพชฌฆาตเงียบที่คุกคามชีวิต นำมาซึ่งความสูญเสียทางทรัพย์สินอย่างต่อเนื่อง และจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่หลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ (กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในสิทธิ สปสช. ณ สิ้นวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2555 ทั้งสิ้น 28,194 ราย และยังมีชีวิตอยู่ 19,843 ราย ต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยกว่า

30,000 บาทต่อคนต่อเดือน ใช้งบประมาณในปี พ.ศ. 2554 กว่า 3,000 ล้านบาท และหากไม่มีการดำเนินการใดๆ ในสิ้นปี พ.ศ. 2560 อาจต้องใช้งบประมาณถึงกว่า 17,000 ล้านบาท ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี สถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 (ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี สระแก้ว ฉะเชิงเทรา และสมุทรปราการ) ในปี 2559 พบผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 95,656 คน ระยะที่ต้องบำบัดทดแทนไต (ระยะที่ 5) จำนวน 7,875 คน (ร้อยละ 8.23) โดยจังหวัด

ชลบุรีมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล 15,613 คน ระยะที่ต้องบำบัดทดแทนไต จำนวน 1,996 คน คิดเป็นร้อยละ 12.78 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การบำบัดทดแทนไตเป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งเกินความสามารถของครัวเรือนที่จะรับภาระได้ แม้ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยจะให้การสนับสนุนบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นบริการแรก หรือที่เรียกว่า PD First Policy ในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามขั้นตอนและวิธีการต่างๆ ที่มีค่อนข้างมาก อย่างเคร่งครัด โดยปฏิบัติวันละ 4-5 รอบ รอบละ 30-40 นาที และต้องปฏิบัติไปตลอดชีวิต จึงก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ โดยผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ ความไม่สุขสบายจากภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไต ความเจ็บปวดตรงตำแหน่งที่ผ่าตัดวางสายสำหรับล้างไตทางช่องท้อง (ประภาศิริ กำแพงทอง, 2548) ความสามารถในการทำงานของร่างกายลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ (ศศิธร ชิดนาฮี, 2550) ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ความเหนื่อยหน่าย ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า (Sayin, Mutluay, & Sindel, 2007) ความรู้สึกไม่แน่นอน ท้อแท้ ลึนหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ ผลกระทบด้านอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกอึดอัด คับข้องใจจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หงุดหงิดง่าย ก้าว ผลกระทบด้านสังคม ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่นหรือครอบครัวมากขึ้น ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน และการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว (ประภาศิริ กำแพงทอง, 2548) ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจ แม้ว่ารัฐบาลจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ผู้ป่วยก็ยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มาพบแพทย์ ค่ายาและอุปกรณ์การแพทย์ที่เบิกไม่ได้ ในขณะที่เดียวกัน ผู้ป่วยก็ไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ อาจทำให้ถูกเลิกจ้างงาน และสูญเสียรายได้ ทำให้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ อันเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยยังเกิดความเหนื่อยหน่าย เหนื่อยล้า ท้อแท้ เครียด ซึมเศร้า และหมดกำลังใจในการดำเนินชีวิต

ในที่สุด

ความเหนื่อยหน่ายนับเป็นปัญหาสุขภาพด้านอารมณ์ที่สำคัญที่สุดปัญหาหนึ่งที่ผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองต้องเผชิญ โดยภาวะความเหนื่อยหน่ายหมายถึง ความรู้สึกอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านอารมณ์ อันเกิดจากการที่ต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานาน หรือเป็นผลมาจากความกดดัน ความเครียดที่ต้องเผชิญซ้ำๆ เป็นเวลานาน ซึ่งแสดงออกทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ความเหนื่อยหน่ายเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยอาการ 3 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จลดลง (Maslach & Jackson, 1981)

การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ (Gestalt group counseling) เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถจัดการกับความเหนื่อยหน่ายได้ โดยทฤษฎีเกสตัลท์มีแนวคิดที่ว่า มนุษย์ไม่สามารถจัดการกับอดีตและอนาคตได้ แต่สามารถดำเนินการกับปัจจุบันได้ จะเน้นที่ “อยู่กับปัจจุบัน” มนุษย์มีความสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพตระหนักรู้ สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง เมื่อเกิดอารมณ์เครียด มนุษย์จะพยายามทำให้เกิดความสมดุล เช่น ลดความเครียด หรือทำสิ่งใดที่สนองความต้องการ หากคิดถึงแต่อดีตหรือแสวงหาอนาคต โดยไม่นึกถึงภาวะปัจจุบัน ก็จะไม่สามารถจัดการหรือลดความเครียดทางจิตใจได้ (ดวงมณี จงรักษ์, 2549)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง โดยจัดการปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ เพื่อเตรียมความพร้อมของสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง โดยคาดหวังว่า ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางในการบริหารจัดการระบบการให้บริการล้างไตทางช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

สมมติฐานการวิจัย

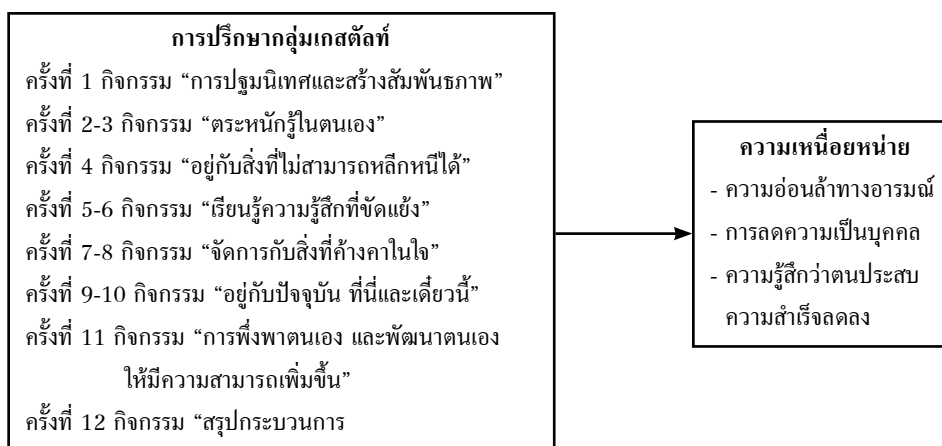
1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อความเหนื่อยหน่าย

2. ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

3. ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า มนุษย์ไม่สามารถจัดการกับอดีตและอนาคตได้ แต่สามารถดำเนินการกับปัจจุบันได้ จะเน้นที่ “อยู่กับปัจจุบัน” มนุษย์มีความสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ตระหนักรู้ สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง เมื่อเกิดอารมณ์เครียด มนุษย์จะพยายามทำให้เกิดความสมดุล (ดวงมณี จงรักษ์, 2549) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องเผชิญกับความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ซึ่งความเหนื่อยหน่ายประกอบด้วย ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จลดลง หากผู้ป่วยได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ ย่อมทำให้ความเหนื่อยหน่ายลดลง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups, pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคไตว่าเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 23 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีความเหนื่อยหน่ายตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติเกิดขึ้น จนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน จากนั้นทำการจับคู่ตามคะแนนความเหนื่อยหน่าย และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 12 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “การปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ” เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และให้สมาชิกกลุ่มรับทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการในการปรึกษากลุ่ม และกติกาที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน

ครั้งที่ 2-3 กิจกรรม “ตระหนักรู้ในตนเอง” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงการรับรู้ สติ อารมณ์ และความรู้สึกที่แท้จริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน รวมทั้งความเหนื่อยหน่ายในการล้างไต

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “อยู่กับสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความรู้สึกและพฤติกรรมที่ต้องการหลีกเลี่ยง ให้กล้าที่จะเผชิญความจริง

และมีประสบการณ์กับความรู้นั้น รวมทั้งให้มีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะอดทนต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 5-6 กิจกรรม “เรียนรู้ความรู้สึกที่ขัดแย้ง” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในขณะล้างไตและช่วงเวลาอื่น และได้เผชิญกับความขัดแย้งในใจโดยไม่ปฏิเสธความรู้สึกที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ครั้งที่ 7-8 กิจกรรม “จัดการกับสิ่งที่ค้างคาในใจ” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความขัดแย้งในตนเอง และสามารถจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 9-10 กิจกรรม “อยู่กับปัจจุบัน ที่นี้และเดี๋ยวนี้” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มอยู่กับปัจจุบัน รับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

ครั้งที่ 11 กิจกรรม “การพึ่งพาตนเอง และพัฒนาตนเองให้มีความสามารถเพิ่มขึ้น” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีวุฒิภาวะ สามารถจัดการตนเอง พึ่งพาตนเองได้ และพัฒนาตนเองให้มีความสามารถ

ครั้งที่ 12 กิจกรรม “สรุปกระบวนการกลุ่มและประเมินผล” เพื่อสรุป อภิปรายถึงกระบวนการทั้งหมดที่ทำร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และยุติการปรึกษากลุ่ม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดที่สรีระยา สัมมาวาช (2532) แปลจากแบบวัดระดับความเหนื่อยหน่ายของ Maslach and Jackson (Maslach Burnout Inventory-MBI) ปี ค.ศ. 1986 แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 22 ข้อ มีลักษณะ

คำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ โดยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคลคะแนน 0-6 ได้แก่ ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และมีความรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน ส่วนด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล ให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเหนื่อยหน่ายในระดับต่ำ (0-56 คะแนน) ในระดับปานกลาง (57-75 คะแนน) และในระดับสูง (76-132 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำการศึกษากลุ่มเกสตัลท์ และแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้าทางช่องทางด้วยตนเอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล และอาจารย์มหาวิทยาลัย (3 คน) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า .50 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ หาค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ - วันที่ 29 กรกฎาคม 2559) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง เข้าพบหัวหน้าแผนกห้องไตทางช่องท้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุม แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลา 5-10 นาที ผู้วิจัยบันทึกคะแนนความเหนื่อยหน่าย โดยดูจากข้อมูลในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้เป็นข้อมูลความเหนื่อยหน่ายก่อนการทดลอง (pre-test) จากนั้นนัดหมายกลุ่มทดลองเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

3. ในสัปดาห์ที่ 2-13 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เวลา 08.30-10.00 น. ที่แผนกห้องไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านบึง ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินกิจกรรมประจำวันตามปกติ

4. ในสัปดาห์ที่ 13 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้าทางช่องทางด้วยตนเอง ระยะหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

5. ในสัปดาห์ที่ 15 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้าทางช่องทางด้วยตนเอง ระยะติดตามผล (follow-up) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA: one between-subjects variable and one within-subject variable โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Newman-Keuls

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 เท่ากัน มีอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ

80 เท่ากัน และมีประสบการณ์การล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองเป็นเวลามากกว่า 3 ปี และ 1-3 ปี มากที่สุดตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน

2. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ($G \times I$) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่าย นอกจากนี้ยังพบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน (G) และระยะเวลาของการทดลองที่แตกต่างกัน (I) มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	275,946.02	1			
วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน (G)	784.82	1	784.82	10.422	.005
ผลรวมกำลังสองของความเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม (SS w/in Groups)	1,355.50	18	75.31		
ภายในกลุ่ม	2,322.67	32			
ระยะเวลาของการทดลองที่แตกต่างกัน (I)	505.17	2	252.58	6.780	.004
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ($G \times I$)	774.50	2	387.25	10.400	< .001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการทดลองกับผลรวมกำลังสองของความเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม ($I \times SS$ w/in Groups)	1,043.00	28	37.25		
รวมทั้งหมด		47			

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายเท่ากับ 66.90 ($SD = 10.79$) และ 70 ($SD = 9.97$) ตามลำดับ ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายเท่ากับ 64.30 ($SD = 8.99$) และ 72.30 ($SD = 9.34$) ตามลำดับ ส่วนระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

มีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายเท่ากับ 61.40 ($SD = 7.58$) และ 72 ($SD = 11.20$) ตามลำดับ โดยพบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระยะก่อนการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	1	48.05	48.05	.445	.264
ภายในกลุ่ม	18	1,944.90	108.05		
ระยะหลังการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	1	320.00	320.00	3.804	.020
ภายในกลุ่ม	18	1,514.20	84.12		
ระยะติดตามผล					
ระหว่างกลุ่ม	1	561.80	561.80	6.120	.014
ภายในกลุ่ม	18	1652.40	91.80		

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนระยะติดตามผล

พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยการทดสอบความแตกต่างรายคู่

ช่วงเวลา	M	ระยะก่อนการทดลอง	ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
		64.88	50.48	48.58
ระยะก่อนการทดลอง	64.88	-	14.00*	16.50*
ระยะหลังการทดลอง	50.48	-	-	2.50
ระยะติดตามผล	48.58	-	-	-
R		3	2	
q _{.95} (r, 14)		3.70	3.13	
q _{.95} SQUA (MS w/n)		10.47	8.52	

* $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาของการทดลองต่อความเหนื่อยหน่ายของ ผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการวิจัยพบว่า ระยะหลัง การทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ ซึ่งมี หลักการที่เน้น “ปัจจุบัน” ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ ต่อความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และความต้องการที่แท้จริง ของตนเองในสภาวะปัจจุบัน รวมทั้งมีความเข้าใจและ ยอมรับตนเอง กล้าเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง รู้จัก ควบคุมอารมณ์ มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถจัด ความขัดแย้งในใจ ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และมีความ รับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง อีกทั้งใน การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ สมาชิกกลุ่มยังมีความเข้าใจและ ส่งเสริมซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดกำลังใจ มีความรู้สึกเป็น อันหนึ่งอันเดียวกัน เรียนรู้ที่จะไว้ใจและใส่ใจผู้อื่น รู้จักชื่นชม ผู้อื่น ได้พัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารและการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เมื่อสมาชิกกลุ่มเกิดการรับรู้ สถานการณ์ตามความเป็นจริง และได้รับการสนับสนุน อย่างเพียงพอจากสมาชิกกลุ่มคนอื่น จึงเกิดกลไกการปรับตัว ที่เหมาะสม มีการพัฒนาตนเอง และมีความพร้อมที่จะเผชิญ กับสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ในสภาวะปัจจุบัน และปรับตัวสู่ภาวะสมดุลได้ จึงนำไปสู่ การลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยได้ ซึ่งผลการวิจัย ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพงศ์ สุขมาลี (2550) ที่ศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์เพื่อลดความเครียด ของผู้ปกครองที่มีบุตรออทิสติก พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของชลาลัย ดงพะจิตร (2547) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ตามทฤษฎีเกสตัลท์ เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระยะหลังการทดลอง และ ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลอง และระยะ ติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่าย ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วย โรคไตวายเรื้อรังได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยสมาชิกกลุ่มมีความแตกต่างกัน ทั้งเพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การล้างไต ทางช่องท้องด้วยตนเอง ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความคิดเห็น และประสบการณ์ที่หลากหลาย โดยเฉพาะสมาชิกกลุ่มที่มี อายุและประสบการณ์การล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง มากกว่า จะแสดงความคิดเห็นให้สมาชิกกลุ่มที่มีอายุ และประสบการณ์น้อยกว่าได้เห็นมุมมองที่แตกต่างใน การล้างไตทางช่องท้อง ทำให้สมาชิกกลุ่มที่มีอายุและ ประสบการณ์น้อยกว่าเกิดการยอมรับตนเองในปัจจุบัน และสภาพแวดล้อมมากขึ้น ในขณะเดียวกัน สมาชิกกลุ่ม ที่มีอายุและประสบการณ์การล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง น้อยกว่า ก็แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกอย่างเปิดเผย ทำให้สมาชิกกลุ่มที่มีอายุและประสบการณ์มากกว่าได้ มองย้อนกลับมาที่ตนเอง จนเกิดความรู้สึกตระหนักรู้ ในภาวะปัจจุบันของตนเองเช่นกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิด ความเข้าใจกัน ส่งเสริมซึ่งกันและกัน ส่งผลให้รู้สึกมี กำลังใจ มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เรียนรู้ที่จะ ไว้ใจและใส่ใจกัน ซึ่งบรรยากาศที่ส่งเสริมกันภายในกลุ่มนี้ ทำให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ที่จะนำพฤติกรรมที่ดีของสมาชิก กลุ่มคนอื่นไปทดลองใช้กับตนเอง ซึ่งนับเป็นการฝึก พฤติกรรมภายในกลุ่มร่วมกับการสนับสนุนหรือได้รับ คำแนะนำจากสมาชิกกลุ่มคนอื่น ทำให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ ที่จะนำไปใช้กับโลกภายนอกได้ สอดคล้องกับลักษณะ ของการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่ว่า ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิด การเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนการรับรู้ใหม่ ซึ่งนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างภายในตนเอง (วัชร ทรัพย์มี, 2551) ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่องแม้เวลาจะผ่านไป 2 สัปดาห์หลังการทดลองก็ตาม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้อง

กับการศึกษาของณัชชา คำเครือ. (2550) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้ศิลปบำบัดร่วมกับทฤษฎีเกสตัลท์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนความซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ไปใช้กับผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ตั้งแต่ระยะก่อนเริ่มล้างไต โดยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความจริงที่จะต้องอยู่กับโรคเรื้อรังและล้างไตไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความเหนื่อยหน่าย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ และมีการติดตามผลซ้ำทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังการทดลองเพื่อศึกษาความคงทนของผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

2.2 ควรมีการศึกษาโดยใช้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อตัวแปรตามอื่นๆ เช่น ความสามารถในการปรับตัวภาวะซึมเศร้า เพื่อขยายองค์ความรู้ให้กว้างยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือแนวทางการบริหารจัดการการดำเนินงานระบบประกันสุขภาพ สำหรับหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพระดับจังหวัด*. กรุงเทพฯ: บิยอนด์พับลิชชิง.

ชลาลัย ดงพะจิตร. (2547). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ณัชชา คำเครือ. (2550). *ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้ศิลปบำบัดร่วมกับทฤษฎีเกสตัลท์ ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ดวงมณี จงรักษ์. (2549). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).

ประกาศิร คำแพงทอง. (2548). *ประสบการณ์ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในจังหวัดราชบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ภัทรพงศ์ สุขมาลี. (2550). *การให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรออทิสติก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

วัชร ทรัพย์มี. (2551). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศศิธร ชิดนายิ. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

สิระยา สัมมาวาจ. (2532). *ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรามารับดี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.

Sayin, A., Mutluay, R., & Sindel, S. (2007). Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplantation Proceedings*, 39(10), 3047-3053.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม

อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา*

Factors Predicting Nutritional Health-promotion Behavior of Thai Muslims in Bangnampriao District, Chachoengsao Province*

อชิรญาณ์ มาตเจือ, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹

Achiraya Martjuea, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)¹

วรรณรัตน์ ลาวัณ, Ph.D. (Health Sciences)²

สุวรรณ จันทรประเสริฐ, ศ.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)³

Wannarat Lawang, Ph.D. (Health Sciences)²

Suwanna Junprasert, Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Received: May 10, 2019

Revised: June 7, 2019

Accepted: June 8, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยมุสลิมที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 280 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าความเชื่อมั่น .94 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น .95 แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ มีค่าความเชื่อมั่น .81 และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ มีค่าความเชื่อมั่น .77 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: achiroong13@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมในระดับสูง ($M = 3.88, SD = .49$) อายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ร้อยละ 26.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .268, p < .001$) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้มากที่สุด ($Beta = .239, p < .001$) รองลงมา คือ อายุ ($Beta = .233, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรสนับสนุนให้ชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และส่งเสริมให้ครอบครัว เพื่อน และชุมชน มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสาร ชุมชน และเป็นต้นแบบที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โภชนาการ ชาวไทยมุสลิม

Abstract

This predictive correlational research aimed to identify nutritional health-promotion behavior and its predicting factors of Thai Muslims. The participants were 280 Thai Muslims in Bangnampriao District, Chachoengsao Province. The research instruments included the Mini-Mental State Examination: Thai version, a demographic questionnaire, a perceived benefits of practice questionnaire with the reliability of .94, a perceived barriers of practice questionnaire with the reliability of .95, a perceived interpersonal influences questionnaire with the reliability of .93, a perceived situational influences questionnaire with the reliability of .81, and a nutritional health-promotion behavior questionnaire with the reliability of .77. Data were collected in March, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that the overall mean score of nutritional health-promotion behavior of Thai Muslims was at a high level ($M = 3.88, SD = .49$). Age, perceived benefits of practice, perceived barriers of practice, and perceived interpersonal influences could statistically significant explain the variation of nutritional health-promotion behavior by 26.80% ($R^2 = .268, p < .001$). The most significant predicting factor was perceived benefits of practice ($Beta = .239, p < .001$) followed by age ($Beta = .233, p < .001$).

This research suggests that health care providers should enhance nutritional health-promotion behavior in dimension of avoided foods among the risk group of chronic diseases of Thai Muslims as well as encourage their families, friends, and the Muslim community members to provide information, admiration, and role models of health behavior practices.

Keywords: Health-promotion behavior, Nutrition, Thai muslim

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ประชากรทั่วโลก รวมทั้งประชากรไทยกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2014) พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคเบาหวาน สอดคล้องกับประเทศไทยที่พบว่า ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.70 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.90 (วิชัย เอกพลากร, 2559) ซึ่งสาเหตุสำคัญของโรคเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความเครียด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556; WHO, 2014) จากปัญหาและสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังข้างต้น องค์การอนามัยโลกจึงรณรงค์ให้ทุกประเทศดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อผ่านแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556-2563 (WHO, 2013) ที่เน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต ซึ่งประเทศไทยยึดปฏิบัติและพยายามดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557)

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นมิติสำคัญทางสุขภาพที่สนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติและยกระดับสุขภาพเพื่อให้ดำรงชีวิตอย่างปกติสุขและบรรลุการมีสุขภาพที่ดี (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ซึ่งหนึ่งในพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกเน้นและให้ความสำคัญ คือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ (WHO, 2013) ซึ่งประเทศไทยตระหนักและให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จึงส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ถูกต้อง เหมาะสม

วิถีการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิมมีพฤติกรรมด้านโภชนาการเป็นการดำเนินชีวิตตามกฎเกณฑ์ของศาสนา ซึ่งต้องเป็นไปตามบทบัญญัติของศาสนาว่าด้วยเรื่องของการรับประทานอาหาร กล่าวคือ การบริโภคอาหารจะต้องบริโภคอาหารที่อนุมัติ (ฮาลาล) บริโภคอาหารที่มีคุณภาพประโยชน์ และบริโภคอาหารแต่พอควร (พงค์เทพ สุธีรัฐฉิม และยุษฐิพนิมะ, 2552) ถึงแม้ชาวไทยมุสลิมจะมีความเหมือนในวัฒนธรรมการรับประทานอาหารบางส่วน อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของมุสลิมแต่ละพื้นที่ของประเทศก็มีความแตกต่างกันตามวิถีการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก (ทิพย์กมล อิสลาม, 2557) ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของมุสลิมแต่ละพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งมีชาวไทยมุสลิมอาศัยอยู่ร้อยละ 51 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา, 2558) จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว พบอัตราการป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น โดยในช่วงปี พ.ศ. 2555-2558 มีประชากรชาวไทยมุสลิมอายุ 35 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คิดเป็นอัตราการป่วย 193.92, 277.01, 292.18 และ 296.24 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา, 2558) จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารวัยทำงาน ปี พ.ศ. 2558 และ 2559 พบว่า มีพฤติกรรมด้านโภชนาการไม่เหมาะสม ร้อยละ 28.10 และ 32.40 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา, 2559) ดังนั้น การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และต้องคำนึงถึงความเป็นมุสลิม ซึ่งชาวไทยมุสลิมในอำเภอบางน้ำเปรี้ยวมีวิถีการดำเนินชีวิตสอดคล้องตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามเหมือนมุสลิมทั่วประเทศ แต่มีลักษณะทางวัฒนธรรม สังคม และประเพณีที่แตกต่างจากมุสลิมในภาคอื่นๆ ของประเทศ เช่น การบริโภคอาหารตามถิ่นกำเนิด การบริโภคอาหารตามลักษณะของพื้นที่

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ต่างกัน โดยอายุมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน (สรินทร์ แก้วตา, 2551) การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์, 2558) การเจ็บป่วยมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามสาเหตุของการเจ็บป่วย และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์, 2558) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในภาพรวม หากบุคคลรับรู้ตนเองมีสุขภาพไม่ดี ก็จะต้องมีการในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพตนเอง (ทิพย์กมล อิสลาม, 2557; ปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, และวีรบุรุษ รอบสันติสุข, 2558) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร (ศศิกาญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์, 2557) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร (ทิพย์กมล อิสลาม, 2557; สรินทร์ แก้วตา, 2551) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมกรบริโภค (วิริยา บุญรินทร์, 2553) ส่วนการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นความคิดและทัศนคติต่อลักษณะของกิจกรรมต่าง ๆ ของชาวไทยมุสลิม ทั้งการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและประเพณีต่าง ๆ ตามบริบทในสังคม ซึ่งทำให้เวลาการรับประทานและลักษณะอาหารแตกต่างจากการดำเนินชีวิตปกติ (ปราณี จันทศรี, 2547) และส่งผลต่อพฤติกรรมกรสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างชัดเจน

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือกลวิธีการดำเนินงานสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิมในพื้นที่

ซึ่งจะทำให้บุคคลกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพที่ดี อันนำมาซึ่งการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพในชุมชนให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยอายุ การศึกษา การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

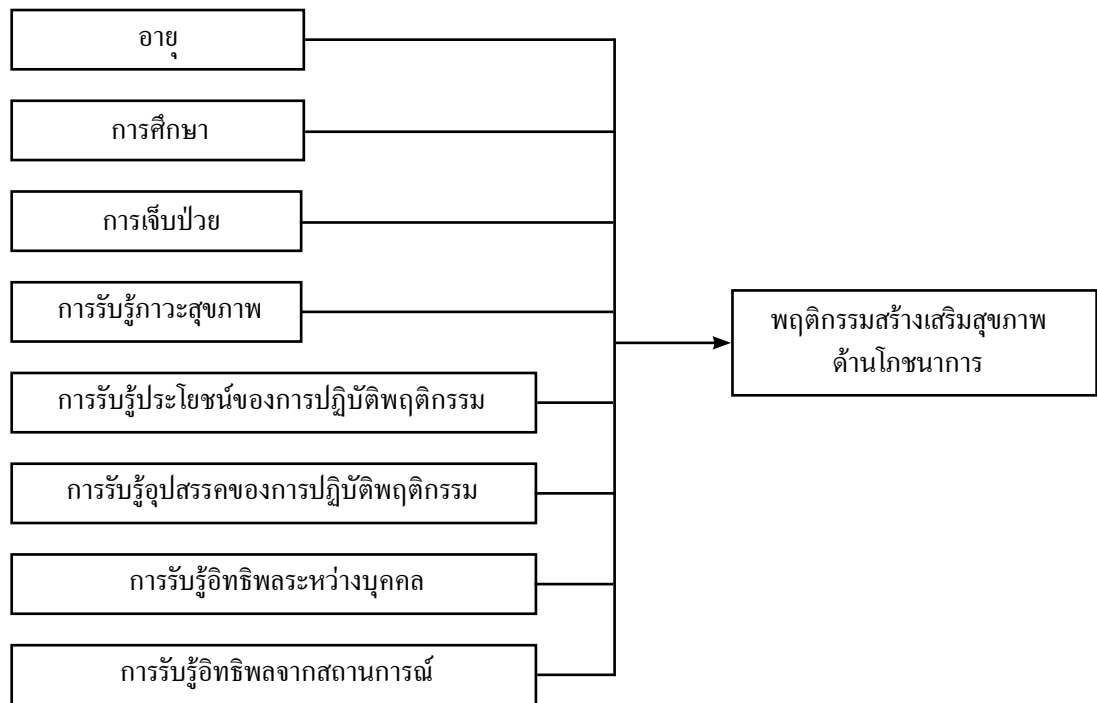
อายุ การศึกษา การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender's Health Promotion Model) (Pender et al., 2011) ซึ่งเป็นรูปแบบทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับว่า สามารถอธิบายปรากฏการณ์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ บุคคลประกอบด้วยกาย จิต สังคม และวิญญาณ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะให้คุณค่ากับการกระทำหรือการพัฒนาตนเองในทางบวก โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลถือเป็นการกระทำทางบวกของวิถีชีวิตที่มีผลโดยตรงต่อการยกระดับสุขภาพ

ของบุคคล เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยการแสดง ศักยภาพทางสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ผ่านการตระหนักรู้ของตนเอง ประเมินสมรรถนะของตนเอง และแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เมื่อนำมา พิจารณาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงคัดสรร ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

ของชาวไทยมุสลิม ซึ่งประกอบด้วยอายุ การศึกษา การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้ อิทธิพลจากสถานการณ์ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นชาวไทยมุสลิม ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุอยู่ในช่วง 20-70 ปี และมีสัญชาติไทย 2) อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยวเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือน 3) สามารถเข้าใจ สื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) ผู้ที่มีอายุ

60 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: Thai version [MMSE-Thai 2002]) 5) สามารถพิจารณาตัดสินใจในการรับประทานได้ด้วยตนเอง และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของ Polit and Beck (2012) ที่จำนวนตัวแปร 8 ตัว โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .06 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญ

ทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 242 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสดีชัยนรากร, 2555) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 291 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน โดยเลือกตำบล 4 ตำบล (จาก 7 ตำบล ที่ประชาชนนับถือศาสนาอิสลาม) โดยการจับฉลาก จากนั้นเลือกหมู่บ้าน ตำบลละ 1 หมู่บ้าน โดยการจับฉลาก และเพื่อให้สะดวกต่อจำนวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงกำหนดโควตาของกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 70 คน รวมจำนวน 280 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากเลขที่บ้าน (หากมีหลายคนในบ้านที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จะเลือกเพียง 1 คน)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2542) ใช้สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล เกณฑ์ผ่านแบ่งตามระดับการศึกษา โดยกลุ่มที่เรียนระดับประถมศึกษา เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 17 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) และกลุ่มที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 22 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่าแบบตัวเลข (numerical rating scales) โดยปลายด้านซ้ายสุด (0 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพไม่แข็งแรงเลย/

ไม่ดีเลย ทั้งนี้ ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามคะแนนไปทางด้านขวา ซึ่งปลายด้านขวาสุด (10 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรงมากที่สุด/ ดีที่สุด/ ดีเยี่ยม โดยให้วงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่สุด (สัทยา ไพบุลย์วรชาติ, 2558)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) ครอบคลุมการรับรู้ประโยชน์ภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว การลดความรู้สึกเมื่อล้ม และการรับรู้ประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับการชื่นชม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มีประโยชน์ เป็นประโยชน์น้อย เป็นประโยชน์ปานกลาง เป็นประโยชน์มาก และเป็นประโยชน์มากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) ครอบคลุมการรับรู้อุปสรรคภายใน เช่น ความไม่ชอบ ความไม่รู้ การไม่มีเวลา และการรับรู้อุปสรรคภายนอก เช่น ความยุ่งยาก การขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่าย จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เป็นอุปสรรค เป็นอุปสรรคน้อย เป็นอุปสรรคปานกลาง เป็นอุปสรรคมาก และเป็นอุปสรรคมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) ครอบคลุม

อิทธิพลทั้งความคาดหวัง การชักชวน การให้การสนับสนุน ด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์ ตลอดจนการเป็นแบบอย่างการปฏิบัติ จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มีอิทธิพล มีอิทธิพลน้อย มีอิทธิพลปานกลาง มีอิทธิพลมาก และมีอิทธิพลมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้อิทธิพลในระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) ครอบคลุมสถานการณ์ตามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามบริบทการดำเนินชีวิตของชาวมุสลิม และตามบริบทพื้นที่ จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มีอิทธิพล มีอิทธิพลน้อย มีอิทธิพลปานกลาง มีอิทธิพลมาก และมีอิทธิพลมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้อิทธิพลในระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) โดยสอบถามพฤติกรรมในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้อ ด้านอาหารที่ควรรับประทาน ด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และด้านอาหารที่ถูกสุขอนามัย จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับได้แก่

มีพฤติกรรมในระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่น่าเชื่อถือ ศาสนาอิสลาม และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVI) อยู่ในช่วง .96-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชาชนทั่วไปในตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .94, .95, .93, .81 และ .77 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 12-01-2560 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเวลาและ

สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง
แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)
จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา
ประมาณ 30 นาที หากเป็นผู้สูงอายุ ให้เวลาประมาณ
45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม
2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์
ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริม
สุขภาพด้านโภชนาการ ข้อมูลการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ข้อมูลการรับรู้
อิทธิพลระหว่างบุคคล ข้อมูลการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์
และข้อมูลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ส่วนการหาอำนาจการทำนายของปัจจัยอายุ การศึกษา
การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของ
การปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
พฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้
อิทธิพลจากสถานการณ์ ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอย
พหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของชาวไทยมุสลิม

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร พบว่า
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.80 มีอายุอยู่
ในช่วง 41-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.40 โดยมี
อายุเฉลี่ย 44.67 ปี ($SD = 12.34$) มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.61 ส่วนใหญ่
มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.50 และมีรายได้
เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 65.60

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพ
พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 78.60
และรับรู้สุขภาพแข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 70

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม (นอกจากข้อมูลส่วนบุคคล)

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม
พบว่า ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์
ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
โดยรวมในระดับสูง ($M = 4.23, SD = .42$)

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม
พบว่า ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรค
ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
โดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.80, SD = .87$)

2.3 การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล พบว่า
ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล
โดยรวมในระดับสูง ($M = 3.82, SD = .77$)

2.4 การรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ พบว่า
ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์
โดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.27, SD = .70$)

3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
ของชาวไทยมุสลิม พบว่า ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมใน
ระดับสูง ($M = 3.88, SD = .49$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน
พบว่าเกือบทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ได้แก่
ด้านความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้อ ($M = 4.26,$
 $SD = .86$) ด้านอาหารที่ควรรับประทาน ($M = 3.73,$
 $SD = .73$) และด้านอาหารที่ถูกสุขอนามัย ($M = 4.66,$
 $SD = .51$) ส่วนด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย
ในระดับปานกลาง ($M = 3.55, SD = .74$)

4. อำนาจการทำนายของปัจจัยอายุ การศึกษา
การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของ
การปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
พฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้
อิทธิพลจากสถานการณ์ ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม พบว่า อายุ การรับรู้
ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของ
การปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล
สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการได้ร้อยละ 26.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($R^2 = .268, p < .001$) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ
พฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านโภชนาการได้มากที่สุด (Beta = .239, $p < .001$)
 รองลงมา คือ อายุ (Beta = .233, $p < .001$) การรับรู้
 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Beta = .226, $p < .001$) และ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Beta = -.186,
 $p < .001$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของ
 ชาวไทยมุสลิม (n = 280)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	.187	.038	.239	4.387	< .001
อายุ	.006	.033	.233	4.413	< .001
การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล	.177	.043	.226	4.108	< .001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	-.069	.039	-.186	-3.529	< .001

Constant = 2.463, R = .518, $R^2 = .268$, adj. $R^2 = .258$, F = 12.456, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
 วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ย
 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมใน
 ระดับสูง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความหลากหลาย
 ของอาหารและจำนวนมื้อ ด้านอาหารที่ควรรับประทาน
 และด้านอาหารที่ถูกสุขอนามัย มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง
 โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอาหารที่ถูกสุขอนามัย
 ซึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
 ของชาวไทยมุสลิมว่าเป็นไปตามวัฒนธรรมการบริโภค
 อาหารตามบทบัญญัติของศาสนาที่ว่า การบริโภคอาหาร
 ที่อนุมัติเป็นอาหารฮาลาล โดยเป็นอาหารที่ดี สะอาด มีคุณค่า
 และมีคุณภาพ เป็นประการสำคัญ และต้องรับประทาน
 อาหารให้ครบ 5 หมู่ ประกอบกับการณรงค์ของรัฐบาล
 ในการแก้ไขปัญหา และให้ความสำคัญกับการสร้างเสริม
 ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะ
 การบริโภคอาหาร กล่าวคือ ส่งเสริมการบริโภคผักและ
 ผลไม้สดเพิ่มขึ้น ลดอาหารเค็ม ลดอาหารหวาน และลด
 อาหารไขมันสูง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง

สาธารณสุข, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการป้องกัน
 และควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556-2563 (Global
 action plan for the prevention and control of
 NCDs 2013-2020) ที่เน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
 ของประชาชนให้เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 และสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต
 ซึ่งประเทศไทยยึดปฏิบัติและพยายามดำเนินการตามนโยบาย
 ดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี
 ทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2557) ก่อให้เกิดผลลัพธ์
 ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ดีขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า อายุ การรับรู้ประโยชน์ของ
 การปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
 พฤติกรรม และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถ
 ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
 ได้ร้อยละ 26.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้
 ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรม
 สร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้มากที่สุด ทั้งนี้จึง
 อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์แล้ว ทำให้เพิ่ม
 ความตื่นตัว และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็น
 ไปตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender

et al., 2011) ที่ว่า พฤติกรรมต้องยกระดับสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศศิกัญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์ (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิมในตำบลหนึ่ง พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อายุทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดีขึ้นเนื่องจากอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล มีอำนาจในการตัดสินใจเลือกซื้อ ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) อายุจึงเป็นพื้นฐานการบ่งชี้ความแตกต่างทางพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและความรู้ และอิทธิพลต่อบุคคล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวี ปันนพศรี (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในอำเภอหนึ่ง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความคาดหวัง การชักชวน การแนะนำ การชื่นชม และการเป็นต้นแบบของครอบครัว เพื่อน กลุ่มบุคคลในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และผู้นำศาสนา ในการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นไปตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) กล่าวคือ ลักษณะของอิทธิพลระหว่างบุคคลของชาวมุสลิมมีทั้งในเรื่องของศาสนาที่มีความเคร่งครัดตามบทบัญญัติ และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในด้านโภชนาการ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่มีผล ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว และสังคม ทำให้การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเป็นไปได้ง่ายและส่งผลอย่างมาก นอกจากนี้ ผู้นำศาสนายังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และ

มีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในชุมชน (ซูไมยะ เติงสาแม, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ดันสกุล, และนิรัตน์ อิมามิ, 2558) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mallick, Ray, and Mukhopadhyay (2014) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความตระหนักในน้ำหนักตัวของนักเรียนวัยรุ่นหญิง พบว่า สภาพแวดล้อมของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค รวมถึงกลุ่มเพื่อนที่มีความสำคัญในการเลือกรับประทานอาหารด้วย ทั้งนี้ การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ โดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความไม่ชอบ ความไม่รู้ การไม่มีเวลา ความยุ่งยาก การขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก และค่าใช้จ่าย ทำให้ส่งผลถึงความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) ที่กล่าวถึงลักษณะของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสรินทร์ แก้วตา (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรสนับสนุนให้ชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านโภชนาการด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เพื่อลดอัตราการเกิดโรค โดยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และส่งเสริมให้ครอบครัว เพื่อน และชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสาร ชุมชน และเป็นต้นแบบที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสมาชิกในครอบครัว และกลุ่มผู้นำศาสนา โดยเน้นเรื่องอาหารมุสลิมที่มีประโยชน์และมีโทษที่ชัดเจน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับชาวไทยมุสลิม เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดประโยชน์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ซูไมยะ เติ้งสามแม, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ดันสกุล, และนิรัตน์ อิมามิ. (2558). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้นำศาสนา จังหวัดยะลา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(1), 18-27.

ทิพย์กมล อิสลาม. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราณี จันทศรี. (2547). *วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิม อำเภอเมือง จังหวัดสตูล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.

ปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิษชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, และวีรณัฐ ครอบสันติสุข. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 7(3), 26-36.

พงศ์เทพ สุธีรวิฑู, และยุซุฟ นิมะ. (2552). *บูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีจิตวิทยาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: อาหารและยา*. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พานทิพย์ แสงประเสริฐ, และจาวรรณ วิโรจน์. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 23(1), 113-126.

รสนิทร แก้วตา. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิชัย เอกพลากร. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพคนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.

วิภาวี ปันนพศรี. (2550). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.

วิธยา บุญรินทร์. (2553). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิษณุพนธ์*, 5(1), 154-163.

ศศิกาญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม: กรณีศึกษาตำบลองค์กรักษ์ อำเภอองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 353-360.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

- สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *พฤติกรรม การบริโภคของคนไทย*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- สัททยา ไพบูลย์วรชาติ. (2558). *Pain assessment and measurement*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *การสำรวจพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชากร*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. (2558). *รายงานประจำปี 2554-2558*. ฉะเชิงเทรา: ผู้แต่ง.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. ฉะเชิงเทรา: ผู้แต่ง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- Mallick, N., Ray, S., & Mukhopadhyay, S. (2014). *Eating behaviours and body weight concerns among adolescent girls*. Retrieved from file:///C:/Users/Asus/Downloads/257396.pdf
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, A. M. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Julie Levin Alexander.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control noncommunicable disease 2013-2020*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable disease 2014 "At training the nine global noncommunicable disease targets, a shared responsibility"*. Geneva: Author.

ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท*

Effect of Art Therapy Group on Self-esteem among Patients with Schizophrenia*

พิมจันทร์ ภูแก้ว, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Pimjun Pookaew, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)¹

จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, Ph.D. (Nursing)²

ชนัดดา แบนเกษ, Ph.D. (Medical Science)³

Jinjutha Chaisena Dallas, Ph.D. (Nursing)²

Chanudda Nabkasorn, Ph.D. (Medical Science)³

Received: May 9, 2019

Revised: June 8, 2019

Accepted: June 11, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ แบบประเมินอาการทางจิต แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .84 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t-test และ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ 2) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: pookaew@hotmail.co.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรมุ่งนำกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
คำสำคัญ: กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยโรคจิตเภท

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of art therapy group on self-esteem among patients with schizophrenia. The participants included 20 patients with schizophrenia receiving services in in-patient department at Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital and were equally divided into an experimental group ($n = 10$) and a control group ($n = 10$). The research instruments comprised the art therapy group, the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), a questionnaire of demographic data, and a scale of self-esteem with the reliability of .84. The implementation and data collection were conducted from October to December, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t -test, and two-way repeated measures ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni.

The research results revealed that 1) at post-test and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant higher mean score of self-esteem than the control group ($p < .01$); and 2) at post-test and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant higher mean score of self-esteem than the pre-test period ($p < .01$).

This research suggests that health care providers should apply this art therapy group in caring for patients with schizophrenia in order to enhance their self-esteem.

Keywords: Art therapy group, Self-esteem, Patient with schizophrenia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลกอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทพบได้ร้อยละ 1 ในประชากรทั่วโลก (Varcariolis, Carson, & Shoemaker, 2006) นอกจากนี้ โรคจิตเภทยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกัน โดยเป็นโรคที่พบเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวช จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2559) พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัด

กรมสุขภาพจิต ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 จำนวน 1,082,407 คน 1,070,206 คน และ 1,109,183 คน คิดเป็นร้อยละ 7.82, 8.12 และ 7.99 ของจำนวนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด ตามลำดับ สอดคล้องกับสถิติผู้รับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 จำนวน 12,514 คน, 11,502 คน และ 9,636 คน คิดเป็นร้อยละ 35.56, 35.74 และ 34.51 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์,

2559)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติทางความคิด มีพฤติกรรมแปลกประหลาด และมีความบกพร่องในด้านสังคมหรือการทำงานจนในที่สุด การทำหน้าที่และความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมลงอย่างมาก (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาลิกนันท์, 2552) โดยพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอัตราการกลับเป็นซ้ำรวมถึงการกลับมารักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ (เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง, และอนุชิต วังทอง, 2557) สำหรับประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำมากถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2548) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างมาก โดยผลกระทบต่อครอบครัวพบว่า สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยความหวาดวิตกกับอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย (American Psychiatric Association, 2000) ส่วนผลกระทบต่อชุมชนและสังคมพบว่า สังคมต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีค่า และเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุข (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) สำหรับผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ในด้านร่างกายพบว่า ผลจากการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา หรือเรื่องพฤติกรรมแบบแปลกประหลาด อันส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูกประเมินจากสังคมว่าแปลกประหลาด การรับรู้ที่ตนเองแปลกแตกต่างจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกเปราะบางทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม อีกทั้งมองว่าตนเองเป็นคนระดับล่าง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นตราบาป (stigma) และมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553; Corring & Cook, 2007)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการรับรู้และทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง ตลอดจนความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านการมีความสำคัญ (significance) การมีความสามารถ (competence) การมีคุณความดี (virtue) และการมีพลังอำนาจในตนเอง (power) หากเมื่อใดที่บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ บุคคลนั้นก็จะได้รับ

ผลกระทบอย่างมาก ทั้งด้านความนับถือตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความสามารถ และความตั้งใจในชีวิต (Coopersmith, 1984 อ้างถึงในหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อมนุษย์ เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานด้านจิตใจที่จะทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า สามารถเรียนรู้ เปลี่ยนแปลง และพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ (ดวงจันทร์ จงรักษ์, 2549) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทควรได้รับการยอมรับในฐานะบุคคลหนึ่งเช่นกัน จึงควรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความชื่นชม พึงพอใจในตนเอง มองตนเองทางบวก รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ ใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการดำเนินชีวิต และปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้

ศิลปะบำบัดเป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัด โดยใช้การสร้างสรรค์งานศิลปะ เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นกระบวนการช่วยเหลือโดยการสื่อสารผ่านการสร้างสรรค์ผลงานศิลปะ ที่สะท้อนได้ถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคล (Brooke, 1995) ศิลปะอาจแสดงออกมาเป็นภาพวาด ภาพเขียน ภาพพิมพ์ รูปปั้น หรือรูปแกะสลัก นอกจากนี้ ศิลปะยังรวมถึงการแสดงออกถึงความซาบซึ้งในลักษณะอื่นๆ โดยศิลปะบำบัดมุ่งเน้นที่ความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการมากกว่าการใช้ฝีมือ เป็นการถ่ายทอดความคิดและความรู้สึกมากกว่าการคำนึงถึงรูปแบบ จากการศึกษาของรัฐ ลอยสงเคราะห์ (2552) พบว่า ผู้ติดสารเสพติดชายกลุ่มที่ได้รับศิลปะบำบัดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับศิลปะบำบัด และการศึกษาของนิดารัตน์ ชูวิเชียร (2550) พบว่า เด็กวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับศิลปะบำบัดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับศิลปะบำบัด การนำศิลปะมาใช้เป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ป่วยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เนื่องจากกระบวนการของศิลปะบำบัดมีส่วนช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ไร้ระเบียบอารมณ์ และความรู้สึก เกิดความไว้วางใจ เกิดการผ่อนคลาย สร้างความรู้สึกที่ดี ปรับมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง จนค่อยๆ สร้างความรู้สึกทางบวก เกิดความภาคภูมิใจ

ในผลงานของตนเอง และเข้าใจตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการยอมรับนับถือตนเอง และมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (เกรเมอร์, 2552)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจในการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการนำศิลปะมาประยุกต์ เพื่อพัฒนาให้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตัวเองได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

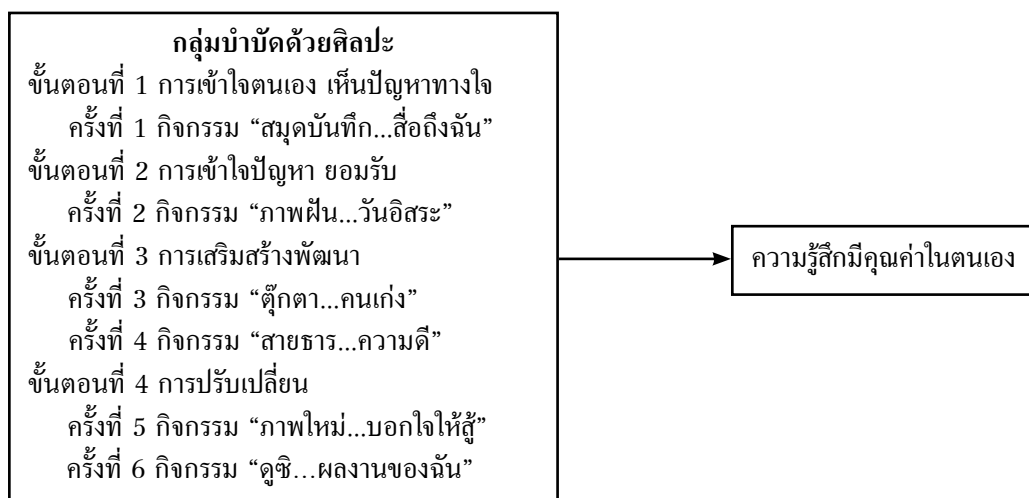
1. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึก

มีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984 อ้างถึงในหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) และขั้นตอนการบำบัดด้วยศิลปะของเกรเมอร์ (2552) ในการพัฒนากลุ่มบำบัดด้วยศิลปะเพื่อสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามคุณลักษณะพื้นฐาน 4 ประการ ได้แก่ การมีความสำคัญ การมีความสามารถ การมีคุณค่าที่ดี และการมีพลังอำนาจในตนเอง ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจตนเอง เห็นปัญหาทางใจ ขั้นตอนที่ 2 การเข้าใจปัญหา ยอมรับ ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างพัฒนา และขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups, pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (international classification of diseases [ICD-10]) และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2559 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มารับบริการในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2559 2) มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี 3) มีอาการทางจิตสงบ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 5) ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน 6) ไม่เคยเข้าร่วมการวิจัยโดยใช้ศิลปะมาก่อน และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน หรือมีความผิดปกติด้านการเรียนรู้อย่างชัดเจน จนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการของ Polit and Hungler (2001) ที่ระบุว่า การวิจัยกึ่งทดลองควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่าง 20-30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มไม่ควรน้อยกว่า 10 คน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 20 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984 อ้างถึงในหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) และขั้นตอนการทำศิลปะบำบัดของเครเมอร์ (2552) รวมทั้งการตั้งคำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อ

ประเด็นต่างๆ ของการทำกิจกรรม แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจตนเอง เห็นปัญหาทางใจ ครั้งที่ 1 กิจกรรม “สมุดบันทึก... สื่อถึงฉัน” เป็นกิจกรรมการตกแต่งสมุดที่พับจากกระดาษเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง โดยสร้างบรรยากาศของสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น บรรยากาศของการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ขั้นตอนที่ 2 การเข้าใจปัญหา ยอมรับ ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ภาพฝัน...วันอิสระ” เป็นกิจกรรมการวาดภาพและระบายสีน้ำโดยอิสระ เพื่อระบายความรู้สึก ให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เป็นการสำรวจความคิดและความรู้สึกของตนเองต่อผลงานศิลปะ

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างพัฒนา ครั้งที่ 3 กิจกรรม “ตุ๊กตา...คนเก่ง” เป็นกิจกรรมการนำเศษผ้ามาตกแต่งเป็นสัญลักษณ์ตัวผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “สายธาร...ความดี” เป็นกิจกรรมการวาดภาพระบายสีสายน้ำในกระดวยาดเตียน เพื่อทบทวนเรื่องราวการทำความดีที่เกิดขึ้นในชีวิตของตน ให้เกิดความภาคภูมิใจในคุณความดีของตน

ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยน ครั้งที่ 5 กิจกรรม “ภาพใหม่...บอกใจให้รู้” เป็นกิจกรรมการใช้สีน้ำและด่างทับทิมเพื่อสร้างสรรค์งานศิลปะใหม่ๆ ตามจินตนาการของผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สร้างสรรค์สิ่งใหม่ในการเผชิญปัญหา

ครั้งที่ 6 กิจกรรม “ดูซิ...ผลงานของฉัน” เป็นการจัดผลงานศิลปะทั้งหมดของสมาชิกในกลุ่ม และให้ผู้อื่นได้ร่วมชื่นชมผลงาน เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความภาคภูมิใจ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินอาการทางจิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่พันธุณภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) แปลจากแบบประเมิน

อาการทางจิต (BPRS) ของ Overall and Gorham ปี ค.ศ. 1962 จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่มีอาการ มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง มีอาการเล็กน้อย มีอาการปานกลาง มีอาการค่อนข้างรุนแรง มีอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรงมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีอาการทางจิตน้อย (18-36 คะแนน) และมีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน (มากกว่า 36 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่ ที่นาตยา วงศ์หลักภัย (2532) แปลจากแบบประเมินของ Coopersmith (Coopersmith Self-Esteem Inventory [CSEI]) จำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 1-6 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยค่อนข้างน้อย เห็นด้วยค่อนข้างมาก เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางศิลปะ และอาจารย์คณะศิลปกรรมศาสตร์ ดำเนินการแก้ไข

ตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน และนำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 03-04-2559 วันที่ 19 พฤษภาคม 2559) และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 6/2559 วันที่ 16 มิถุนายน 2559) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยใน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 20-25 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1-2 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ และเข้าร่วมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ

สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ในวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เวลา 16.30-18.00 น. ที่หอผู้ป่วยใน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ตามโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 10.00-11.00 น. จำนวน 1 สัปดาห์

4. ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

5. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระยะติดตามผล 1 เดือน (follow-up) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2559 เมื่อเสร็จสิ้นระยะติดตามผล 1 เดือน และวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 และ 60 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 เท่ากัน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 และ 60 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 60 และ 80 ตามลำดับ ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 50 และ 70 ตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ 3 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50 และ 60 ตามลำดับ

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 85.10 (*SD* = 12.36), 101.50 (*SD* = 9.62) และ 99 (*SD* = 10.20) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 80.10 (*SD* = 9.04), 80.10 (*SD* = 9.79) และ 73.60 (*SD* = 10.61) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
ระยะก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	10	85.10	12.36	1.030	.258
กลุ่มควบคุม	10	80.10	9.04		

4. การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน และระยะเวลาของการทดลองที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท
ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	4,472.06	1	4,472.06	15.030	.001
ความคลาดเคลื่อน	5,354.66	18	297.48		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	674.53	2	337.26	30.430	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	1,168.53	2	584.26	52.720	< .001
ความคลาดเคลื่อน	398.93	36	11.08		

5. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง

เสร็จสิ้นทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาของการทดลอง	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองฯ	ติดตามผล 1 เดือน
ก่อนการทดลอง	85.10	-	16.40*	13.90*
หลังการทดลองฯ	101.50	-	-	2.50
ติดตามผล 1 เดือน	99.00	-	-	-

* $p < .01$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและเข้าร่วมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ ซึ่งกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะเป็นกลุ่มที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างกลุ่ม เน้นการทำงานร่วมกัน มีการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และเป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ที่อาศัยการสะท้อนคิดจากสถานการณ์ต่างๆ ในกลุ่ม โดยมีศิลปะเป็นสื่อกลางในการเข้าถึงตัวตนของผู้ป่วย ผ่านการระบายความคิดและความรู้สึก นอกจากนี้ การผ่อนคลายและการเพลิดเพลินกับความงามของศิลปะยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีอิสระ รู้สึกสบาย ได้กลับมาอยู่กับตนเอง มีความนิ่ง และสงบกับความรู้สึกและความคิดของตนเอง ในขณะที่สร้างสรรค์งานศิลปะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตนเองตามความเป็นจริง จนเกิดการเข้าใจตนเอง การสร้างผลงานออกมาตามใจปรารถนาอย่างอิสระ ไม่มีความกดดันต่อผลงาน ตลอดจนการได้ถ่ายทอดความสามารถที่ยังมีอยู่ผ่านงานศิลปะจนทำงานออกมาได้สำเร็จ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเอง กิจกรรมศิลปะ

ยังมีการกระตุ้นให้เกิดการนึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยประเมินถึงความดีและความสามารถของตน สะท้อนออกมาผ่านภาพวาด ส่งผลให้มีจิตใจที่เข้มแข็ง เบิกบาน มีการประเมินและรับรู้ตนเองทางบวก รับรู้ความสามารถของตนเอง จนพัฒนาเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรัฐ ลอยสงเคราะห์ (2552) ที่ศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดสารเสพติดชาย สถาบันวิทยุรักษ์ พบว่า ผู้ติดสารเสพติดชายกลุ่มที่ได้รับศิลปะบำบัดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับศิลปะบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของนิรารัตน์ ชูวิเชียร (2550) ที่ศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ พบว่า เด็กวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับศิลปะบำบัดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับศิลปะบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ และเข้าร่วมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถส่งเสริมคุณลักษณะพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การมีความสำคัญ การมีความสามารถ การมีคุณค่าความดี และการมีพลังอำนาจในตนเอง การที่ผู้ป่วย

ได้จัดจ่อกับการสร้างสรรค์งานศิลปะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิ มีจิตที่นิ่ง รู้สึกผ่อนคลาย มีการสำรวจความคิดและความรู้สึกของตนเอง จนเกิดการเข้าใจและรับรู้ตนเองตามความเป็นจริง และเริ่มเข้าใจตนเองในมุมมองทางบวก เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ความรู้สึกนี้ยังคงอยู่ จากที่เคยมีความไม่มั่นใจ ในการกระทำสิ่งต่างๆ ก็มั่นใจมากขึ้นที่จะมีกิจกรรมทางสังคม ดังตัวอย่างที่สมาชิกกลุ่มกล่าวว่า “หมอ ผมกลับไปช่วยแม่ขายของ ช่วยถางหญ้าหลังบ้าน คนแถวบ้าน คำชมผมด้วยว่า ผมเป็นคนใหม่ เป็นคนดีแล้ว” สอดคล้อง กับที่ Coopersmith (1984 อ้างถึงในหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ศักดิ์, 2554) กล่าวว่า หากบุคคลประเมินและให้ค่าตนเองในทางบวก จะทำให้รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิดารัตน์ ชูวิเชียร (2550) ที่พบว่า หลังได้รับศิลปะบำบัด เด็กวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับ ศิลปะบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของนปภัช กันแพงศรี (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก พบว่า โปรแกรมกิจกรรมศิลปะเป็นสื่อให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดสร้างสรรค์ เป็นช่องทางในการแสดงความรู้สึก และการสื่อสารช่วยให้เกิดความเข้าใจตนเอง เป็นการส่งเสริมด้านการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Brooke (1995) ที่ศึกษาการใช้ศิลปะบำบัดในการดูแลผู้หญิงที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ พบว่า โปรแกรมศิลปะบำบัดสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้หญิงที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรนำกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้เวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

1.2 อาจารย์พยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเป็นทางเลือกหนึ่งในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ และมีการติดตามการคงอยู่ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะเป็นระยะๆ เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

2.2 ควรมีการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อตัวแปรตามอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต เพื่อขยายองค์ความรู้ให้เพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2548). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2548*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- เครเมอร์, อี. (2552). *ศิลปะเพื่อการบำบัด* [Art as therapy: Collected papers] (เลิศศิริ บวรกิตติ, ผู้แปลและเรียบเรียง). กรุงเทพฯ: เวชสาร.
- ดวงจันทร์ จงรักษ์. (2549). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตวิทยาเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- นปภัช กันแพงศรี. (2557). *ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาตยา วงศ์หลักย์. (2532). *ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิดารัตน์ ชูวิเชียร. (2550). *ผลของศิลปะบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง, และอนุจิต วังทอง. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 19(2), 92-103.
- ผ่องศรี ดวงแก้ว. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ใน *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง* (น. 1-10). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- พิเชฐ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (บ.ก.). (2555). *จิตเวชศาสตร์ งามาธิบดีย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รัฐ ลอยสงเคราะห์. (2552). *ผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดสารเสพติดขาย สถาบันจิตเวชศาสตร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. (2559). *รายงานประจำปีงบประมาณ 2559*. สระแก้ว: ผู้แต่ง.
- หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2554). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิงที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ* (การศึกษาระดับปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Brooke, S. L. (1995). Art therapy: An approach to working with sexual abuse survivors. *The Arts in Psychotherapy*, 22(5), 447-466.
- Corring, D. J., & Cook, J. V. (2007). Use of qualitative methods to explore the quality-of-life construct from a consumer perspective. *Psychiatric Services*, 58(2), 240-244.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2001). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Varcarolis, E. M., Carson, V. B., & Shoemaker, N. C. (2006). *Foundation of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*. St. Louis: Elsevier.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม*

Factors Related to Health-related Quality of Life in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder*

มาริษา ตองออน, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Marisa Tong-on, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)¹

จินตนา ยูนิพันธุ์, Ph.D. (Nursing)²

Jintana Yunibhund, Ph.D. (Nursing)²

Received: May 10, 2019

Revised: May 28, 2019

Accepted: June 7, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 154 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) มีค่าความเชื่อมั่น .88 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบสอบถามการดูแลของบิดามารดา มีค่าความเชื่อมั่น .90 และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา มีค่าความเชื่อมั่น .80 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 63.25 ($SD = 16.85$) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม และการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.340, p < .001$ และ $r = -.544, p < .001$ ตามลำดับ) การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹ Master, Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: ma_ri_sa@windowslive.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University: Advisor

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .449, p < .001$ และ $r = .431, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเน้นมิติด้านจิตใจ ส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว จัดหาการสนับสนุนทางสังคม และสอนทักษะการรับมือพฤติกรรมผู้ป่วย

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ บิดามารดา โรคกลุ่มอาการออทิซึม

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study health-related quality of life (HRQOL) and the relationship between various factors and HRQOL among parents of children with autism spectrum disorder (ASD). The subjects were 154 parents of children with ASD from the outpatient departments of hospital of the Department of Mental Health. The research instruments were composed of the personal data questionnaire, the behavior evaluation questionnaire with the reliability of .81, the Brief COPE with the reliability of .88, the family function questionnaire with the reliability of .84, the social support questionnaire with the reliability of .93, the caregiver burden scale with the reliability of .90, and the Short Form Health Survey (SF-36) with the reliability of .80. Data were collected from September, 2016 to March, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and Spearman's rank correlation coefficient.

The research results revealed that the overall mean score of HRQOL among parents of children with ASD was 63.25 ($SD = 16.85$). Behavioral problems of children with ASD and caregiver burden were negatively statistically significant related to HRQOL among parents of children with ASD ($r = -.340, p < .001$ and $r = -.544, p < .001$, respectively), whereas family function and social support of parents were positively statistically significant related to HRQOL among parents of children with ASD ($r = .449, p < .001$ and $r = .431, p < .001$, respectively).

This research suggests that health care providers who provide care for parents of children with ASD should promote HRQOL focusing on mental dimension, enhancing family function and social support, and patient's behavior modification.

Keywords: Health-related quality of life, Parent, Autism spectrum disorder

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกลุ่มอาการออทิซึม (autism spectrum disorder) มีลักษณะเฉพาะของโรค ประกอบด้วยความบกพร่องในการสื่อสาร ความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีพฤติกรรมหรือความสนใจซ้ำๆ อย่างไม่เหมาะสม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; American Psychiatric Association [APA], 2013) โรคกลุ่มอาการออทิซึมเป็นโรคที่ได้รับความสนใจ เนื่องจากแนวโน้มความชุกของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศสหรัฐอเมริกามีการรายงานจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) ว่า ความชุกของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีประมาณ 1 ใน 68 คน (CDC, 2014) สำหรับประเทศไทยมีรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมของกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2556 ว่า พบผู้ป่วยจำนวน 212,795 คน (กรมสุขภาพจิต, 2556) และจากรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในช่วงปี 2553-2556 พบว่ามีจำนวน 14,387 คน 19,954 คน 14,346 คน และ 23,235 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2556) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

เด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล โดยเฉพาะจากบิดามารดา เนื่องจากเด็กมีความพร่องในการดูแลตนเอง บิดามารดาจะให้การดูแลเด็กเรื่องกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม การกระตุ้นพัฒนาการ การพาเด็กมาตรวจรักษาตามนัด นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องให้การดูแลเด็กในสถานะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ได้แก่ อาการชัก อาการแพ้ อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ปัญหาพฤติกรรม ความบกพร่องทางสติปัญญา และโรคทางจิตเวชอื่นๆ (Bultas, 2012) การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมาก ซึ่งผลกระทบจะเริ่มตั้งแต่เด็กได้รับการวินิจฉัย (Howell, Lauderdale-Littin, & Blacher, 2015) โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทุกข์ทรมานจากอารมณ์ซึมเศร้า จากกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว (Kuhlthau et al., 2013) จากการศึกษาพบว่า

อาการออทิซึมของเด็กมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ช่วงเวลาที่ก่อกวนมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล และส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (Karst & Van Hecke, 2012) และพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในระดับสูง (Almansour, Alateeq, Alzabrani, Algeffari, & Albomaidan, 2013)

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life [HRQOL]) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ถูกพัฒนาขึ้น โดยรวมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่แสดงถึงผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เป็นการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์ รวมถึงภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย การทำหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคมและสภาพเศรษฐกิจ สังคม ทั้งนี้ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้รับผลกระทบอย่างมากจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่หลากหลายและความต้องการการดูแล โดยภาวะสุขภาพของผู้ดูแลย่อมมีการเปลี่ยนแปลง (King & Hinds, 2012) ผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมได้รับผลกระทบจากการดูแลทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า โดยมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลเป็นประจำอย่างต่อเนื่องมีอาการปวดหลังส่วนล่าง (Charnsil & Bathia, 2010; Lin et al., 2014) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากไม่ได้รับการป้องกันหรือการส่งเสริมด้านสุขภาพที่เหมาะสม

จากการศึกษาของ Tung et al. (2014) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิซึมต่ำกว่าประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทุกด้าน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงหรือมารดาของผู้ป่วย จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kuhlthau et al. (2014) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมต่ำกว่าประชาชนทั่วไปที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย โดยร้อยละ 45 ของผู้ดูแลพบปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บปวดด้านร่างกายในระดับ

ปานกลางถึงระดับมาก และร้อยละ 51 มีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ Allik, Larsson, and Smedje (2010) ยังได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของบิดามารดาเด็กโรคแอสเพอร์เกอร์ช่วงวัยเรียน ซึ่งเป็นโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า มารดามีความบกพร่องของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเช่นเดียวกัน โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจได้รับผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมของเด็ก เช่น การอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกราะ โดยผู้ดูแลที่มีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี จะมีความยากลำบากในการปรับตัวต่อการดูแล การเข้าใจคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลสามารถช่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแล รวมถึงการจัดหาบริการทางสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วยต่อไป (Tung et al., 2014)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดของ Khanna et al. (2011) ได้แก่ ความบกพร่องในความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลและสุขภาพของผู้ดูแลที่แย่ลง การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล (Ji et al., 2014) การจัดการความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านจิตใจของผู้ดูแล (Allik et al., 2010) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านจิตใจของผู้ดูแล (Khanna et al., 2011) ส่วนภาระการดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า บิดามารดามีการรับรู้ภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้น (Cadman et al., 2012) และได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัญหาพฤติกรรมของเด็ก การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการความเครียดที่ไม่ดี (Khanna et al., 2011) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Lee et al. (2009) ยังพบว่า รายได้ จำนวนบุตร และความเครียด เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบิดามารดาที่เป็นผู้ปกครองของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม และความเครียดเป็นผลกระทบทางจิตใจและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา รวมทั้งการศึกษา

ของ Dardas and Ahmad (2014) ระบุว่า ช่วงอายุของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีผลกระทบต่อความเครียดและคุณภาพชีวิตของบิดามารดา

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผลลัพธ์การดูแล (Smith et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าว โดยศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของบิดามารดา ซึ่งเป็นปัจจัยที่พยาบาลจิตเวชสามารถดูแลและจัดการกระทำได้อ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาระการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร และการจัดการความเครียดของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
2. ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม และภาระการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบ

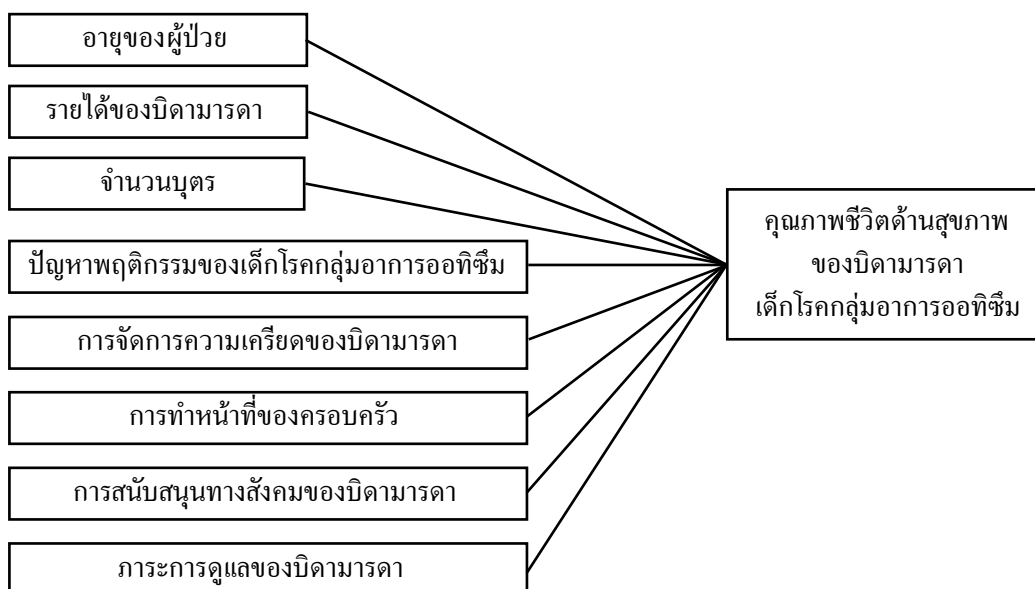
กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรค
กลุ่มอาการออทิซึม

3. การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุน
ทางสังคมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการ
ออทิซึม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กออทิสติกของ Khanna et al.

(2011) ซึ่งพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิด stress-appraisal
model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) สิ่งกระตุ้น
ขั้นต้น คือ ความบกพร่องในความสามารถในการทำหน้าที่
ของเด็ก และปัญหาพฤติกรรมของเด็ก 2) ตัวกลาง คือ
การทำหน้าที่ของครอบครัว การจัดการความเครียด และ
การสนับสนุนทางสังคม 3) การประเมินทฤษฎีภูมิ คือ การ
การดูแล และ 4) ผลลัพธ์ คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ของผู้ดูแล นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มี
ความสัมพันธ์เพิ่มเติม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย
ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหา
ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นบิดา
หรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการ
ออทิซึม ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล

จิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ได้แก่ โรงพยาบาลยุวประสาท
ไวทโยปถัมภ์ สถาบันราชานุกูล สถาบันพัฒนาการเด็ก
ราชนครินทร์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ และ
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในช่วงเดือนกันยายน 2559
ถึงเดือนมีนาคม 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
คือ 1) เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม

อายุ 6-15 ปี ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว โดยให้การดูแลในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน 2) ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน รวมทั้งการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด หรือ เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 3) สามารถพูด อ่าน และ เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ สื่อสารได้ชัดเจน และ 4) ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 140 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Dillman, 2000) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 154 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก ตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุของบิดามารดา อายุของผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของบิดามารดา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลักษณะครอบครัว และจำนวนบุตร จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก โรคกลุ่มอาการออทิซึม ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]) ของเสาวนีย์ บัวลา (2556) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกร พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพกับสังคม จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่จริง ก่อนข้างจริง และจริง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม โดยด้านที่ 1-4 แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมของเด็ก มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40

คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ (0-13 คะแนน) ระดับเสี่ยง (14-16 คะแนน) และระดับมีปัญหา (17-40 คะแนน) ส่วนด้านที่ 5 แสดงถึงจุดแข็งของเด็ก (ไม่ได้นำคะแนนมารวมเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์)

ชุดที่ 3 แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE) ผู้วิจัยใช้แบบวัดที่เอกอูมา อิมคำ (2558) แปลจากแบบวัดของ Carver ปี ค.ศ. 1997 ใช้สำหรับประเมินการจัดการความเครียดของบิดามารดาด้วยวิธีต่างๆ 14 วิธี วิธีละ 2 ข้อ จำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ ซึ่งวิธีจัดการความเครียดประกอบด้วย การกำจัดสิ่งวุ่นในจิตใจ การกระตือรือร้นในการจัดการปัญหา การปฏิเสธ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ การแสดงพฤติกรรมวางเฉย การระบายความรู้สึก การสร้างกรอบแนวคิดใหม่ในทางบวก การวางแผน การใช้อารมณ์ขัน การยอมรับ ศาสนา และการดำเนินตนเอง มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ได้ทำเลย ทำเล็กน้อย ทำปานกลาง และทำมาก สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการจัดการความเครียดเหมาะสม

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้วิจัยใช้ Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) จำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ตรงเลย ตรงเล็กน้อย ตรงปานกลาง และตรงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ รับรู้ว่าครอบครัวทำหน้าที่ยังไม่ดี (1-1.49 คะแนน) ทำหน้าที่ได้ดีเล็กน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ทำหน้าที่ได้ดีพอสมควร (2.50-3.49 คะแนน) และทำหน้าที่ได้ดีมาก (3.50-4 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ของแก้วตา มีศรี (2554) จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (24-55 คะแนน) ในระดับปานกลาง (56-88 คะแนน) และในระดับสูง (89-120 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการดูแลของบิดามารดา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของพรรัตน์ ไชยขำนิ (2544) จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 23 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ รับรู้การดูแลในระดับน้อยที่สุด (1-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา ผู้วิจัยปรับจาก the Short Form Health Survey (SF-36) ของเอมิกา กลยนิ (2556) แบ่งออกเป็น 8 มิติ ได้แก่ มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จำนวน 10 ข้อ มิติข้อจำกัดการทําทบพาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย จำนวน 4 ข้อ มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย จำนวน 2 ข้อ มิติสุขภาพทั่วไป จำนวน 5 ข้อ มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม จำนวน 2 ข้อ มิติด้านพลังงานในร่างกาย จำนวน 4 ข้อ มิติข้อจำกัดการทําทบพาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ และมิติด้านสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ และคำถามอิสระ จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-100 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (1-50 คะแนน) และในระดับ

สูง (50.01-100 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยทั้ง 7 ชุด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (2 คน) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง พยาบาล และอาจารย์พยาบาล ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) อยู่ในช่วง .88-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา แบบสอบถามการดูแลของบิดามารดา และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา ไปทดลองใช้กับบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81, .88, .84, .93, .90 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 004/59 วันที่ 30 กันยายน 2559) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันราชานุกูล (เอกสารรับรอง เลขที่ 232 วันที่ 3 สิงหาคม 2559) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต (เอกสารรับรอง เลขที่ 8/2559 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2559) คณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 96/2559 วันที่ 16 มิถุนายน 2559) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (เอกสารรับรอง เลขที่ สร 0811/603 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการในหน่วยงานที่ให้การรับรองแล้ว ตามลำดับ และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่บิดามารดา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับ

การเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลยวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ฝ่าพบผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบวัด โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา และข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ข้อมูลการจัดการความเครียดของบิดามารดา ข้อมูลการทำหน้าที่ของครอบครัว ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และข้อมูลภาวะการดูแลของบิดามารดา วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ป่วย จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาวะการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76 อายุเฉลี่ยของบิดามารดา คือ 40.98 ปี ($SD = 6.66$) อายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่

อยู่ในช่วง 6-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 10.33 ปี ($SD = 2.94$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 66.20 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.50 รายได้ของบิดามารดา อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.90 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.50 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 63 และจำนวนบุตร คือ 2 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.40

2. ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาวะการดูแลของบิดามารดา พบว่า คะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมอยู่ในระดับมีปัญหา ($M = 18.71, SD = 6.05$) คะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดของบิดามารดาเท่ากับ 73.40 ($SD = 9.61$) คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับดีพอสมควร ($M = 3.18, SD = .42$) คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 87.80, SD = 16.51$) และคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของบิดามารดาอยู่ในระดับน้อย ($M = 2.40, SD = .62$)

3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา พบว่า บิดามารดากลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับสูง มีจำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับ 68.25 ($SD = 12.37$) ส่วนกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำ มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับ 35.89 ($SD = 11.39$) โดยบิดามารดามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 63.25 ($SD = 16.85$) เมื่อจำแนกเป็นรายมิติ พบว่า มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ($M = 81.75, SD = 19$) รองลงมา คือ มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ($M = 75.89, SD = 20.32$) ส่วนมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มิติข้อจำกัดการทาบพาท เนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($M = 44.37, SD = 42.10$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม และการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.340, p < .001$

และ $r = -.544, p < .001$ ตามลำดับ) และการทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .449, p < .001$ และ $r = .431, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนอายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร และการจัดการความเครียดของบิดามารดา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ($n = 154$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา	
	r	p
อายุของผู้ป่วย	-.127	.118
รายได้ของบิดามารดา	.142 (r_s)	.080
จำนวนบุตร	.071	.381
ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม	-.340	< .001
การจัดการความเครียดของบิดามารดา	-.036	.660
การทำหน้าที่ของครอบครัว	.449	< .001
การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา	.431	< .001
การดูแลของบิดามารดา	-.544	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายมิติมากกว่า 50 เกือบทุกด้าน โดยมีข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เด็กโรค

กลุ่มอาการออทิซึมมีความผิดปกติของสมอง ส่งผลให้พัฒนาการล่าช้า มีความบกพร่องทางสังคม การสื่อสาร และมีพฤติกรรมซ้ำๆ ในสิ่งที่สนใจ รวมทั้งอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หากบิดามารดาไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมนั้นได้ ย่อมส่งผลด้านลบต่อสภาวะอารมณ์ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ อย่างไรก็ตาม บิดามารดาที่เป็นผู้ดูแลเด็กในการวิจัยครั้งนี้ มีอายุเฉลี่ย 40.98 ปี

ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด ซึ่งน่าจะช่วยส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมได้เป็นอย่างดี จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่ำกว่าประชาชนทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความบกพร่อง 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านทักษะสังคม ด้านภาษา และการมีพฤติกรรมซ้ำๆ ความผิดปกติของระบบประสาทมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีรูปแบบของพฤติกรรมและความสนใจที่ผิดปกติ โดยเฉพาะความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ยาก บางครั้งเกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ อันเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการปรับตัวอย่างหนึ่งของผู้ป่วย และหากไม่ได้รับการตอบสนองที่พึงพอใจย่อมทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมนั้นรุนแรงมากขึ้น เช่น มีการอาละวาดและทำร้ายผู้อื่นจนเกิดการบาดเจ็บ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tung et al. (2014) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการรับรู้ความสำคัญของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า ภาระการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อบิดามารดาต้องดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคกลุ่มอาการออทิซึม จำเป็นต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ มีภาระความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ทำให้รับรู้ถึงความรู้สึกรับภาระการดูแล มีความเครียด และมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นผลกระทบทางลบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นของสมาชิกภายในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวช่วยให้บุคคลได้รับการดูแลและการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้น การทำหน้าที่ของครอบครัวจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ji et al. (2014) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคล

ได้รับการดูแล สนับสนุน เอาใจใส่ ได้รับการยอมรับทางสังคม ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร และได้รับการปกป้องในด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดความมั่นคง อบอุ่น และปลอดภัย ซึ่งบิดามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีย่อมทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ได้รับการสนับสนุนและตอบสนองทางอารมณ์ ส่งผลให้บิดามารดามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ji et al. (2014) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า อายุของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในปัจจุบันมีการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กอย่างแพร่หลาย หากบิดามารดาสังเกตพบอาการผิดปกติและพาเด็กเข้ารับการตรวจรักษาและกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น ดังการศึกษาของคารณี วิรัชคำ และอลิสาวรรณ (2556) ที่ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเมื่ออายุ 1-3 ปี ส่งผลให้การพยากรณ์โรคดีขึ้นทั้งด้านพัฒนาการและพฤติกรรม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 10.33 ปี และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Dardas and Ahmad (2014) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่า อายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของบิดามารดา

ผลการวิจัยพบว่า รายได้ของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากบิดามารดามีรายได้ที่ค่อนข้างเพียงพอ ประกอบกับประเทศไทยมีนโยบายสาธารณสุขให้ประชาชนมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ

สามารถเข้ารับบริการจากหน่วยบริการตามระบบ โดยได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ รวมถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กำหนดว่า กลุ่มความพิการทางออทิสติกเป็นสิทธิของคนพิการ สามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิของผู้พิการ โดยมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ณ หน่วยบริการของรัฐที่ขึ้นทะเบียนประจำตน (วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2558) จึงเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Dardas and Ahmad (2014) ที่พบว่า รายได้เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของบิดามารดา

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากบิดามารดาของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีบุตร 2 คน มากที่สุด และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส ทำให้บิดามารดามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาพบว่า เด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่มีพี่หรือน้องที่มีภาวะปกติจะสามารถแบ่งเบาระยะของผู้ปกครองได้ ส่วนการศึกษาของ Kuhlthau et al. (2014) พบว่า ครอบครัวที่มีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปหรือครอบครัวที่มีเด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ จะมีภาระการดูแลที่สูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำ

ผลการวิจัยพบว่า การจัดการความเครียดของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากบิดามารดาส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ประกอบกับการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส รวมทั้งมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากกว่า 5 ปี ซึ่งส่งผลให้บิดามารดามีการปรับตัวต่อสถานการณ์ และมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่า กลไกการจัดการความเครียดทางลบมีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเน้นมิติด้านจิตใจ ส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว จัดหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแบ่งเบาภาระการดูแลของบิดามารดา และสอนทักษะการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจากปัจจัยต่างๆ เช่น ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลของบิดามารดา

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2556). จำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยกระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
- แก้วตา มีศรี. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารณี วิชัยคำ, และอลิสา วัชรสินธุ. (2556). การใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 57(5), 625-638.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อการและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2556). *รายงานประจำปี 2556*. สมุทรปราการ: ผู้แต่ง.
- วินัดดา ปิยะศิลป์, และวันดี นิงสานนท์. (2558). *คู่มือการตรวจประเมิน วินิจฉัย และแนวทางช่วยเหลือเด็กพิการ*. กรุงเทพฯ: เพนตากอน แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- เสาวนีย์ บัวลา. (2556). *ผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอกอุมา อัมคำ. (2558). *การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน* (ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอมิกา กลยณี. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาคอขวด* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- Allik, H., Larsson, J. O., & Smedje, H. (2010). Health-related quality of life in parents of children with asperger syndrome and high-functioning autism. In V. R. Preedy & R. R. Watson (Eds.), *Handbook of Disease Burdens and Quality of life Measures* (pp. 3625-3642). New York: Springer.
- Almansour, M. A., Alateeq, M. A., Alzabrani, M. K., Algeffari, M. A., and Albomaidan, H. T. (2013). Depression and anxiety among parents and caregiver of autistic spectrum disorder Children. *Neurosciences*, 18(1), 58-63.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (5th ed.). Virginia: Author.
- Bultas, M. W. (2012). The health care experiences of the preschool child with autism. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(5), 460-470.
- Cadman, T., Eklund, H., Howley, D., Hayward, H., Clarke, H., Findon, J., ... Glaser, K. (2012). Caregiver burden as people with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder transition into adolescence and adulthood in the United Kingdom. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(9), 879-888.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Community report on autism 2014*. Retrieved from http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/states/comm_report_autism_2014.pdf
- Charnsil, C., & Bathia, N. (2010). Prevalence of depressive disorders among caregivers of children with autism in Thailand. *Asean Journal of Psychiatry*, 11(1), 1-9.
- Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2014). Predictor of quality of life for fathers and mothers of children with autistic disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1326-1333.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored design method*. New York: John Wiley and Sons.
- Howell, E., Lauderdale-Littin, S., & Blacher, J. (2015). Family impact of children with autism and asperger syndrome: A case for attention and intervention. *Austin Journal of Autism & Related Disabilities*, 1(2), 1-9.
- Ji, B., Zhao, I., Turner, C., Sun, M., Yi, R., & Tang, S. (2014). Predictor of health quality of life in Chinese caregiver of children with autism spectrum disorders: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(5), 327-332.
- Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3), 247-277.
- Khanna, R., Madhavan, S. S., Smith, M. J., Patrick, J. H., Tworek, C., & Becker-Cottrill, B. (2011). Assessment of health-related quality of life among primary caregiver of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(9), 1214-1227.
- King, C. R., & Hinds, P. S. (2012). *Quality of life from nursing and patient perspectives*. Washington, DC: Jones and Bartlett Learning.
- Kuhlthau, K., Kovacs, E., Hall, T., Clemmons, T., Orlich, F., Delahaye, J., & Sikora, D. (2013). Health-related quality of life for children with ASD: Associations with behavioral characteristics. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(9), 1035-1042.

- Kuhlthau, K., Payakachat, N., Delahaye, J., Hurson, J., Pyne, J. M., Kovacs, E., & Tilford, J. M. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1339-1350.
- Lee, G. K., Lopata, C., Volker, M. A., Thomeer, M. L., Nida, R. E., Toomey, J. A., ... Smerbeck, A. M. (2009). Health-related quality of life of parents of children with high-functioning autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(4), 227-239.
- Lin, J., Lin, L., Su, S., Hsu, S., Loh, C., Wu, J., & Chu, C. M. (2014). Personal and workplace factors for the risk of low back pain among Institutional caregivers of people with intellectual, autistic and multiple disabilities. *Research in Autism Spectrum disorders*, 8(5), 509-517.
- Smith, C. E., Piamjariyakul, U., Yadrach, D. M., Ross, V. M., Gajewski, B., & Williams, A. R. (2010). Complex home care: Part III-economic impact on family caregiver quality of life and patients' clinical outcomes. *Nursing Economics*, 28(6), 393-414.
- Tung, L., Huang, C., Tseng, M., Yen, H., Tsai, Y., Lin, Y., & Chen, K. (2014). Correlates of health-related quality of life and the perception of its importance in caregiver of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9), 1235-1242.

ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* Factors Predicting Psychological Well-being among Caregivers of Patients with Schizophrenia*

สุพัตรา บำรุงจิตฺ, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Supattra Bamrungjite, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)¹

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing)²

กรภักร เสงอุดมกรชัย, Ph.D. (Nursing)³

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing)²

Pornpat Hengudomsub, Ph.D. (Nursing)³

Received: May 17, 2019 Revised: June 6, 2019 Accepted: June 7, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความผาสุกทางใจ และปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 120 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .95 แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .88 แบบสอบถามความหวัง มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .89 และแบบสอบถามความผาสุกทางใจ มีค่าความเชื่อมั่น .86 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 71.74$, $SD = 9.27$) การรับรู้ภาระในการดูแล และความหวัง สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจได้ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .270$, $p < .001$) โดยการรับรู้ภาระในการดูแลสามารถทำนายความผาสุกทางใจได้มากที่สุด ($Beta = -.334$, $p < .001$) รองลงมา คือ ความหวัง ($Beta = .266$, $p < .01$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: supattra-2518@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการลดภาระในการดูแล และเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ดูแล

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความผาสุกทางใจ การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง

Abstract

This predictive correlational research aimed to investigate the psychological well-being and its predicting factors among caregivers of patients with schizophrenia. The samples consisted of 120 caregivers of patients with schizophrenia who took the patients for treatment at Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The research instruments included a personal information questionnaire, a perceived self-efficacy in caring for schizophrenic patient questionnaire with the reliability of .95, a caregiver burden questionnaire with the reliability of .88, a hope questionnaire with the reliability of .81, a social support questionnaire with the reliability of .89, and a psychological well-being questionnaire with the reliability of .86. Data were collected from April to June, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that the overall mean score of psychological well-being among caregivers of patients with schizophrenia was at a moderate level ($M = 71.74, SD = 9.27$). Caregiver burden and hope together could statistically significant explain 27% of variance for psychological well-being ($R^2 = .270, p < .001$). The most significant predicting factor was caregiver burden ($Beta = -.334, p < .001$) followed by hope ($Beta = .266, p < .01$).

This research suggests that health care providers should apply these research results for designing interventions to promote the psychological well-being of caregivers of patients with schizophrenia by reducing caregiver burden and enhancing their hope.

Keywords: Caregiver of patient with schizophrenia, Psychological well-being, Caregiver burden, Hope

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรังและเป็นภาระในการดูแล จากสถิติพบว่า ในปี ค.ศ. 2013 มีผู้ป่วยจิตเภท 26 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2013) สำหรับประเทศไทย

จากการสำรวจพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 168,251 คน 268,293 คน และ 231,908 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2559) สอดคล้องกับสถิติผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในช่วงปีงบประมาณ 2557-2559 จำนวน 12,514 คน 11,502 คน และ 9,636 คน

คิดเป็นร้อยละ 35.56, 35.74 และ 34.51 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2559) และสอดคล้องกับสถิติของกรมสุขภาพจิต (2556) ที่ระบุว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทพบมากเป็นอันดับแรก คิดเป็น 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยและมีสถิติค่อนข้างสูง

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งส่งผลให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง แยกตัว มองโลกผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของตนเองในด้านต่าง ๆ การศึกษาผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดทางจิตสังคม โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดอาการทางจิต และควบคุมอาการทางจิตให้สงบลงโดยเร็ว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนธิชัย, 2558) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นจะถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่มักมีอาการหลงเหลืออยู่และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักทำให้อาการทางจิตกำเริบ และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์ และ นารัต เกษตรทัต, 2550) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรค และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างผาสุก

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นหลัก ทั้งด้านสุขภาพอนามัย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา และการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าตอบแทน (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2556) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานมักส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม โดยผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อยล้า (Ferriter & Huband, 2003) หรือมีปัญหาทางสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ

เมื่ออาหาร (Adamec, 1996) เกิดความเครียด วิตกกังวล หรือเบื่อหน่าย (มยุรี กลั้ววงษ์, พงจจิต อินทสุวรรณ, วิลาสักขณ์ ชั่ววัลลี, และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2552) ท้อแท้สิ้นหวัง หวาดกลัว (Loukissa, 1995) เวลาส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงหรือเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (Eakes, 1995) บางคนต้องลาออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ มีปัญหาด้านการเงินและค่าใช้จ่ายในครอบครัว (von Kardorff, Soltaninejad, Kamali, & Eslami Shahrabaki, 2016) และมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว (รักสุดา กิจอรุณชัย, 2555) นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังรู้สึกเป็นภาระและไม่อยากดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจค่อนข้างต่ำจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีความผาสุกทางใจในระดับปานกลาง (พัสดรภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิต หรือมีความผาสุกทางใจ (psychological well-being) ค่อนข้างต่ำ

ความผาสุกทางใจเป็นความสมดุลของสภาวะจิตใจของบุคคลที่มีต่อตนเองทั้งทางบวกและทางลบ โดยบุคคลที่มีความผาสุกทางใจจะมีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และรู้สึกมีความสุข ความผาสุกทางใจประกอบด้วยความรู้สึกทางบวก ได้แก่ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความรู้สึกเป็นสุข และการควบคุมตนเอง ส่วนความรู้สึกทางลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า (Dupuy, 1977) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยหลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของประชากรกลุ่มต่าง ๆ แต่กลับพบว่า ปัจจัยเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในระดับค่อนข้างต่ำจากการคัดสรรปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในระดับปานกลางขึ้นไป ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม (พัสดรภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546; พิสมัย ลิโรตมรัตน์, 2553) ทั้งนี้ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแล และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินและ

วางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างครอบคลุมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม

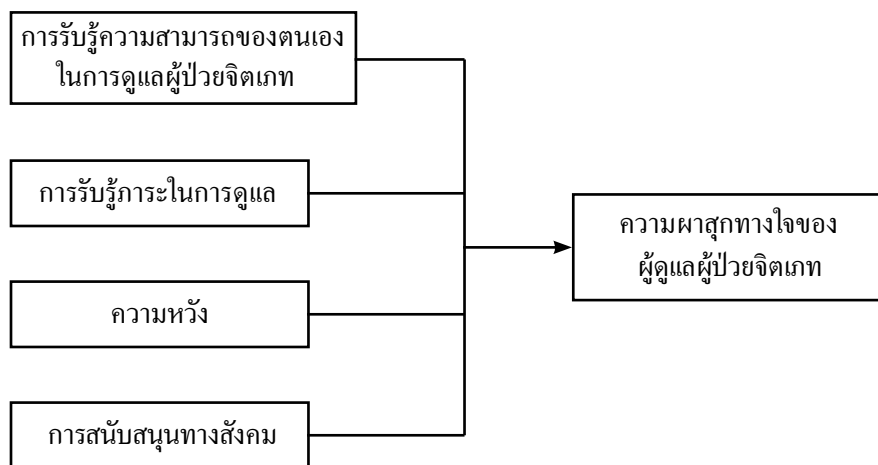
สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความพึงพอใจของ Dupuy (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ที่เกี่ยวข้อง โดย Dupuy (1977) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเองทางบวก แสดงออกมาในรูปแบบของความรู้สึกมีความสุข โดยเชื่อว่า ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูง จะเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีและประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ส่งผลให้รู้สึกมีความสุข มีภาวะสุขภาพโดยรวมดี และมีความพึงพอใจสูง ส่วนผู้ดูแลที่มีการดูแลสูง มักรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ภาวะสุขภาพทรุดโทรม รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ส่งผลให้ความพึงพอใจต่ำ ส่วนความหวัง เป็นความเชื่อมั่นในความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Herth, 1992) นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม รู้สึกชีวิตมีความสุข มีชีวิตชีวา ไม่ถูกทอดทิ้ง (Brandt & Weinert, 1985) และเกิดความพึงพอใจ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะสงบ และไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่ร้ายแรง และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Tabachnick and Fidell (2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 82 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และโรคประจำตัว และส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส และอาชีพ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของสุนันทา นวลเจริญ (2553) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Bandura ปี ค.ศ. 1997 จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถในระดับต่ำ (20-46 คะแนน) ในระดับปานกลาง (47-73 คะแนน) และในระดับสูง (74-100 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery et al. ปี ค.ศ. 1985 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้ภาระเชิงอัตนัย เป็นการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ เช่น ความรู้สึกเดือดร้อน ความอับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง จำนวน 12 ข้อ และการรับรู้ภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง และการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 23 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ภาระในการดูแลในระดับน้อย (24-56 คะแนน) ในระดับปานกลาง (57-88 คะแนน) และในระดับมาก (89-120 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความหวัง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่เรณูการ์ ทองคำรอด (2541) แปลจาก Herth Hope Index ของ Herth ปี ค.ศ. 1992 จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความหวังในระดับต่ำ (12-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-35 คะแนน) และในระดับสูง (36-48 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ประกาศี พงษ์มผล (2548) แปลและเรียบเรียงจาก Personal Resource Questionnaire (PRQ 2000) ส่วนที่ 2 ของ Weinert ปี ค.ศ. 2000 แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับความรัก ความผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วยค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ค่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้การสนับสนุนในระดับต่ำ (15-45 คะแนน) ในระดับปานกลาง (46-75 คะแนน) และในระดับสูง (76-105 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ, และพรณวดี พุฒวัฒนะ (2532) แปลจากแบบสอบถามความพึงพอใจโดยทั่วไปของ Dupuy ปี ค.ศ. 1977 แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความวิตกกังวล จำนวน 4 ข้อ ด้านความซึมเศร้า จำนวน 3 ข้อ ด้านความพึงพอใจทางบวก จำนวน 3 ข้อ ด้านการควบคุมตนเอง จำนวน 3 ข้อ ด้านความมีชีวิตชีวา จำนวน 3 ข้อ และด้านภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 0-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมาก มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม และส่วนที่ 2 จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่าแบบตัวเลข 0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเลย จนถึงคะแนน 10 หมายถึง มีมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับต่ำ (0-60

คะแนน) ในระดับปานกลาง (61-72 คะแนน) และในระดับสูง (73-110 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความพึงพอใจ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .95, .88, .81, .89 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 07-01-2560 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2560) และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ สธ 0819.28/133/3 วันที่ 20 มีนาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 45-60 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลการรับรู้ภาระในการดูแล ข้อมูลความหวัง ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม กับความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาปัจจัยทำนายความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.83 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.12 ปี ($SD = 12.54$) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.20 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.60 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 45 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท คือ เป็นบิดามารดา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.80 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.90 โดยมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 8.43 ปี ($SD = 6.52$) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71.70

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.51 ปี ($SD = 13.74$) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 61.70 และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 62.50

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ($M = 72.28, SD = 12.75$)

2.2 การรับรู้ภาระในการดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาระในการดูแลในระดับปานกลาง ($M = 64.59, SD = 16.12$)

2.3 ความหวัง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความหวังในระดับสูง ($M = 36.97, SD = 5.28$)

2.4 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ($M = 82.81, SD = 11.05$)

3. ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 71.74, SD = 9.27$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.49 ($SD = 2.44$) ด้านความซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.58 ($SD = 2.93$) ด้านความพึงพอใจทางบวกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.60 ($SD = 2.07$) ด้านการควบคุมตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.10 ($SD = 2.09$) ด้านความมีชีวิตชีวา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13 ($SD = 3.01$) และด้านภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.03 ($SD = 2.20$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม กับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .337, p < .001$; $r = .432, p < .001$ และ $r = .350, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่า การรับรู้ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.466, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม กับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 120)

ตัวแปร	ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	
	r	p
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	.337	< .001
การรับรู้ภาระในการดูแล	-.466	< .001
ความหวัง	.432	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.350	< .001

5. ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้ภาระในการดูแล และความหวังสามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจได้ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .270, p < .001$) โดยการรับรู้

ภาระในการดูแลสามารถทำนายความพึงพอใจได้มากที่สุด (Beta = -.334, $p < .001$) รองลงมา คือ ความหวัง (Beta = .266, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 120)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การรับรู้ภาระในการดูแล	-.192	.052	-.334	-3.668	< .001
ความหวัง	.466	.160	.266	2.918	.004

Constant = 66.925, $R = .520, R^2 = .270, \text{adj } R^2 = .258, F = 21.690, p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะเป็นบิดามารดา มากที่สุด จึงมีความรัก ความผูกพัน และมีความสงสารผู้ป่วย (Ferriter & Huband, 2003) จึงให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี และรู้สึกดีที่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม จากอาการทางจิตของ

ผู้ป่วยจิตเภทที่คาดการณ์ไม่ได้ ประกอบกับผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง หรือผิดปกติไป เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ วิตกกังวล หรือซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและอาการไม่หายขาด จึงทำให้ความพึงพอใจด้านความวิตกกังวลและด้านความซึมเศร้าของผู้ดูแลค่อนข้างสูง ส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของพัสดรารณ พงษ์สิทธิศักดิ์ (2546) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

ภาระเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจในระดับ ปานกลาง นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัย ครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจโดยรวมในระดับ ปานกลาง ยังอาจเนื่องจากผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 8.42 ปี ซึ่งระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่ม มากขึ้นจะมีผลต่อการปรับตัวและการควบคุมจัดการ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทำให้สามารถรักษาระดับของความผาสุก ทางใจไม่ให้เกิดต่ำลงได้ โดยมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือน มักเริ่มยอมรับในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการปรับตัว ที่ดี ทำให้มีอารมณ์คงที่ สามารถจัดการแก้ปัญหาที่เกิด จากการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น และสามารถดำรงความผาสุก ทางใจของตนเองได้ (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546)

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาระในการดูแล และ ความหวัง สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจได้ ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ภาระ ในการดูแลสามารถทำนายความผาสุกทางใจได้มากที่สุด ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ภาระการดูแลมากจะมี ความผาสุกทางใจต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในการทำหน้าที่ที่หลากหลาย ทำให้รู้สึกอ่อนล้า ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง และมีการพักผ่อนลดลง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องให้การดูแล ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จะรู้สึกทุกข์ใจที่อาการของผู้ป่วย ถดถอยลง และรู้สึกเป็นภาระที่หนัก หาที่สิ้นสุดไม่ได้ (สายใจ พัวพันธ์, 2553) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ ภาระในการดูแลมากจึงมักรู้สึกยากลำบากในการดูแล เหนื่อยล้า หดแรงแรง ไม่มีความสุข รู้สึกวิตกกังวล และมีความเครียดสูง (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) หรือมี ภาวะซึมเศร้า (Doornbos, 2002) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gupta, Solanki, Koolwal, and Gehlot (2015) ที่ศึกษาความผาสุกทางใจและ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ภาระใน การดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจของ ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า ความหวังเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนาย ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่มีความหวังสูงจะมีความผาสุกทางใจสูง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีความหวังว่าสิ่งที่ตนเองปรารถนา นั้นจะเป็นจริง ก็จะมีกำลังใจ มีความกระตือรือร้น มีพลัง ในการเผชิญกับอุปสรรค มั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมใน การดูแล เพื่อทำให้สิ่งที่หวังเป็นจริง และบรรลุเป้าหมาย ที่ตนเองต้องการ (Herth, 1992) เช่นเดียวกับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหวัง ก็จะรู้สึกว่าตนเองมีเป้าหมาย ที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย ว่าทำไปเพราะอะไร ทำไปเพื่อใคร จะมีกำลังใจ สามารถควบคุมตนเองในเรื่องต่างๆ และ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี รู้สึก มีชีวิตชีวา มีความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าลดลง และมีความรู้สึกเป็นสุขมากขึ้น ส่งผลให้มีความผาสุก ทางใจสูง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ของพัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ (2546) ที่พบว่า ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความผาสุกทางใจ แต่ไม่ร่วมทำนายความผาสุกทางใจของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถ ของตนเองเป็นความเชื่อมั่นถึงความสามารถของตนเอง กระตุ้นให้บุคคลกระทำการกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูง จะมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในเรื่องต่างๆ นำไปสู่ การกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ให้ประสบผลสำเร็จตาม ที่ต้องการ (ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ, 2556) โดยผู้ดูแลที่เชื่อมั่น ในความสามารถของตนเองจะสามารถปฏิบัติกิจกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น ทำให้รู้สึกมี คุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ มีชีวิตชีวา รู้สึกว่าตนเอง สามารถควบคุมสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี ไม่มีความวิตกกังวล ไม่รู้สึกซึมเศร้า จึงมีความผาสุกทางใจสูง อย่างไรก็ตาม ความผาสุกทางใจเป็นปัจจัยภายในตนเองที่มีความซับซ้อน

และมีปัจจัยที่หลากหลายมาเกี่ยวข้อง ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่สามารถละอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจโดยตรง เพราะจำเป็นต้องส่งผ่านตัวแปรคั่นกลางอื่นซึ่งเป็นปัจจัยด้านความคิดหรือความรู้สึก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย ลิโรตมรัตน์ (2553) ที่ศึกษาความเข้าใจการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอรินทร์ จรุงสิทธิ์ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ แต่ไม่รวมทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งของกำลังใจของบุคคลในการเผชิญกับปัญหาด้านต่างๆ การสนับสนุนทางสังคมทำให้อุบลคลารู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับแก่คนในครอบครัวและสังคม (Brandt & Weinert, 1985) เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง จะรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักที่ต้องการของครอบครัวหรือบุคคลอื่น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรือวัตถุดิบของจากบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2555) และสามารถปรับตัวต่อความเครียดหรือสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิตได้ (นัทธมนต์ นิมสุข และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2557) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี มีความกระตือรือร้น มีชีวิตชีวา ไม่วิตกกังวล และไม่ซึมเศร้า แต่การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ผ่านการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อมจึงไม่สามารถทำนายความผาสุกทางใจได้โดยตรง อาจจำเป็น

ต้องส่งผ่านตัวแปรคั่นกลางอื่นที่เป็นปัจจัยด้านความคิดหรือความรู้สึก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย ลิโรตมรัตน์ (2553) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการลดภาระในการดูแล และเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ดูแล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนา รูปแบบหรือโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างความหวังหรือลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2556). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- แก้วตา มีศรี, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 35-49.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ เอกสุวิพงษ์, และนารัต เกษตรทัต. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(4), 412-218.

- นัทธมนต์ นิมสุข, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ. (2557). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกาศรี พุ่มมีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงประนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิสมัย สิโรตมรัตน์. (2553). *ความว้าวุ่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ. (2556). *การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้าน*. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มยุรี กลั้ววงษ์, พงจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี, และนันทิกา ทวีชาชาติ. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 15(1), 57-75.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รักสุดา กิจอรุณชัย. (2555). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการกลับมารักษารักษาของผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(3), 154-162.
- เรณูการ์ ทองคำรอด. (2541). *ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. (2559). *รายงานประจำปี โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2558*. สระแก้ว: ผู้แต่ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุทธิวัฒนะ. (2532). *สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย*. *วารสารการพยาบาล*, 38(3), 169-190.
- สายใจ พัวพันธ์. (2553). *การรับรู้ถึงการเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตจังหวัดชลบุรี*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(1), 156-158.
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรินทร์ จรุงสิทธิ์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Adamec, C. (1996). *How to live with mentally ill person*. New York: John Wiley & Sons.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRQ: Psychometric update*. School of Nursing, University of Washington.
- Doornbos, M. M. (2002). *Family caregivers and the mental health care system: Reality and dreams*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.

- Dupuy, H. J. (1977). The general well-being schedule. In F. McDowell & C. Newell (Eds.), *A measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (p. 125). New York: Oxford University Press.
- Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-84.
- Ferriter, M., & Huband, N. (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(5), 552-560.
- Gupta, A., Solanki, R. K., Koolwal, G. D., & Gehlot, S. (2015). Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 4(1), 70-76.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21(2), 248-255.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- von Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., & Eslami Shahrabaki, M. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia - a qualitative exploratory study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 248-254.
- World Health Organization. (2013). *Schizophrenia*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด*

Factors Related to Smoking Cessation among Male Patients with Chronic Diseases in Trat Province*

อรพินท์ ชันแข็ง, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ¹

Orapin Khunkhang, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ¹

สมสมัย รัตนกรีทากุล, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข) ²

รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, Ph.D. (Nursing) ³

Somsamai Rattanaagreeethakul, Dr.P.H. (Public Health Nursing) ²

Rungrat Srisuriyawet, Ph.D. (Nursing) ³

Received: May 20, 2019

Revised: June 13, 2019

Accepted: June 14, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์จากผลมาหาเหตุแบบศึกษาย้อนหลัง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน เพศชาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตราด จำนวน 230 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มศึกษา (กลุ่มเลิกสูบบุหรี่) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่) กลุ่มละ 115 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น .90 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น .90 การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น .94 การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น .86 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น .99 และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น .94 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: orakhkh@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.29 เท่า (adj. OR = 1.29, 95% CI = 1.16-1.43) และคะแนนการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.11 เท่า (adj. OR = 1.11, 95% CI = 1.05-1.17)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่ยังสูบบุหรี่อยู่ และกระตุ้นให้เกิดการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

คำสำคัญ: การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยชาย โรคเรื้อรัง

Abstract

This retrospective case-control study aimed to examine factors related to smoking cessation among male patients with chronic diseases. The participants consisted of 230 males with hypertension or diabetes mellitus whom registered as chronic patients at the district health promoting hospital in Trat Province and were equally divided into a case group (smoking cessation) ($n = 115$) and a control group (smoking) ($n = 115$). The research instrument was a 8-part interview form: personal information, smoking and smoking cessation, perceived susceptibility of smoking with the reliability of .90, perceived severity of smoking with the reliability of .90, perceived benefits of smoking cessation with the reliability of .94, perceived barriers to smoking cessation with the reliability of .86, perceived self-efficacy in smoking cessation with the reliability of .99, and social support for smoking cessation with the reliability of .94. Data were collected from January to March, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and binary logistic regression.

The research results revealed that perceived self-efficacy in smoking cessation and social support for smoking cessation were statistically significant related to smoking cessation ($p < .001$). Every one-point increasing of perceived self-efficacy in smoking cessation score could increased 1.29 times of chance in smoking cessation (adj. OR = 1.29, 95% CI = 1.16-1.43) and every one-point increasing of social support for smoking cessation score could increased 1.11 times of chance in smoking cessation (adj. OR = 1.11, 95% CI = 1.05-1.17).

This research suggests that health care providers should enhance perceived self-efficacy in smoking cessation among male patients with chronic diseases who were smoking as well as encourage family support in order to promote successful smoking cessation.

Keywords: Smoking cessation, Male patient, Chronic disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2551-2552 พบผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ พบอัตราการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 25.30, 17.90, 16.60, 14.10 และ 9.90 ตามลำดับ โดยสัดส่วนผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 30 เท่า ในทุกโรค (วิชัย เอกพลากร, 2553) สำหรับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกของโรคสูง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติปี พ.ศ. 2552 พบประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 6.90 ส่วนโรคความดันโลหิตสูง พบความชุกของโรคร้อยละ 21.40 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ 1.50 เท่า และเพิ่มขึ้นเป็น 8 เท่า หากมีไขมันในเลือดสูง รวมทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.28 เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สูบบุหรี่ (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภากร, 2552) และในผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มเบต้า (beta blocker) จะทำให้ลดประสิทธิภาพของยาที่ใช้ลดความดันโลหิต (Mahmud, Wadi, Feely, & Silke, 2015) ในผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่นานๆ จะมีภาวะคีโตนูริน ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว และระบบไหลเวียนเลือดไม่ดี เป็นสาเหตุให้ต้องถูกตัดอวัยวะสำคัญ (ประกิจ วาทีสาธกิจ, 2555) หากผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบลงครึ่งหนึ่งหลังจากหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 1 ปี และหากเลิกสูบได้ต่อเนื่อง 15 ปีขึ้นไป ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภากร, 2552)

สำหรับสถานการณ์การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดตราด ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาสมิง จังหวัดตราด เฉพาะเพศชาย ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม

พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 538 คน สูบบุหรี่จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 27.69 ซึ่งอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรจังหวัดตราด (ร้อยละ 20.76) (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, กุมภการ สมมิตร, และประภาพรณ เอี่ยมอนันต์, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ และมีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้วแต่ไม่สำเร็จ เช่น การศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของประภาพร ดองโพธิ์ (2556) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.30 หยุดสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่อง ส่วนอีกร้อยละ 41.70 ยังคงสูบบุหรี่อยู่ และการศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสองเดือน ของณัฏฐา การมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) พบผู้ป่วยร้อยละ 47.30 หยุดสูบบุหรี่ได้ ส่วนอีกร้อยละ 52.70 ยังคงสูบบุหรี่ นอกจากนี้ การศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้นานมากกว่า 1 ปี ถึงร้อยละ 66 (Jianvitayakij, Panpakdee, Malathum, Duffy, & Viwatwongkasem, 2014) ซึ่งเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกสูบได้มาจากการอยากสูบ/ติดรสชาติของบุหรี่ (ประภาพร ดองโพธิ์, 2556) คิดว่าการสูบบุหรี่ไม่ก่อให้เกิดโรคร้ายกับตนเอง (อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552) เป็นต้น ส่วนเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่คิดเลิกหรือเลิกสูบบุหรี่ได้ เป็นเพราะความเจ็บป่วย มีปัญหาด้านสุขภาพ (ประภาพร ดองโพธิ์, 2556; อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552)

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบบานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม และมีคลินิกอดบุหรี่ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องอดบุหรี่ตามนโยบายของโรงพยาบาล (ณัฏฐา การมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558; ประภาพร ดองโพธิ์, 2556; Jianvitayakij et al., 2014) ส่วนในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ รับการส่งต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานกลับจาก

โรงพยาบาลไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งมีบริบทชุมชน และ มีระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยแตกต่างจากในโรงพยาบาล ยังมี การศึกษาน้อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชายที่มีอัตราการตาย จากการสูบบุหรี่สูง อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่มี ผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ประภาพร ดองโพธิ์, 2556; ยุกเรศ ญาณมงคลศิลป์, 2553; อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552; Eklund, Nilsson, Hedman, & Lindberg, 2012; Jianvitayakij et al., 2014) การเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเลิกสูบบุหรี่ และ การมีผู้ให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ (ฉันทิยา การมย์ และสุจินดา ปรีชาวงษ์, 2558; ประภาพร ดองโพธิ์, 2556; Jianvitayakij et al., 2014) ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดตราด โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่รวมแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura เข้ามา ซึ่งเชื่อว่า บุคคลแต่ละคนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) โดยศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ โรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และ การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ ผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลสำคัญ เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเพิ่มการมี คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป ซึ่งถือได้ว่าเป็นบทบาท หน้าที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคแก่บุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรค ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ กับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด

สมมติฐานการวิจัย

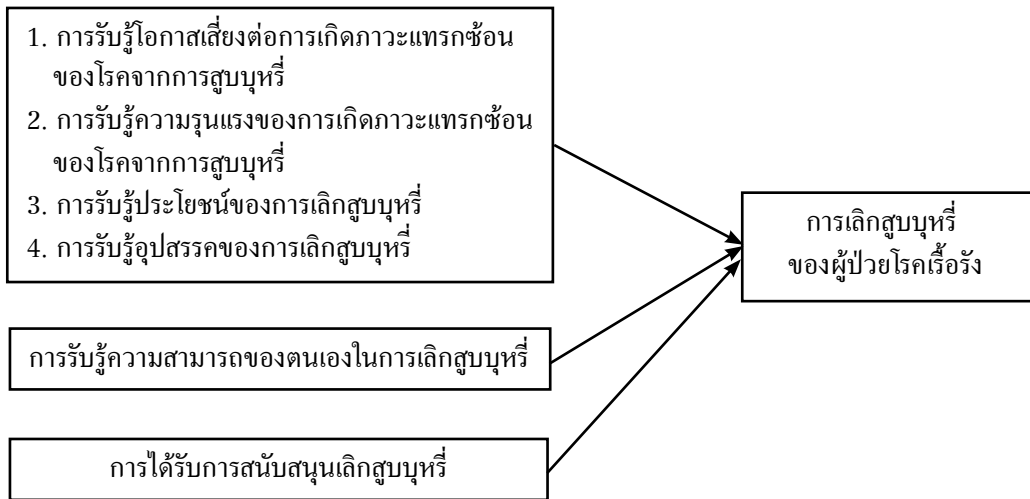
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และ การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับ การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Rosenstock et al. (1988) มาใช้ใ นการวิเคราะห์ถึงการรับรู้ที่เป็นแรงจูงใจภายในตัวบุคคล ที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันไปในทางบวก ซึ่งการมีพฤติกรรมป้องกันขึ้นอยู่กับ 1) การรับรู้ภาวะคุกคาม สุขภาพ อันประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และ 2) ผลลัพธ์ ของการชั่งน้ำหนักกระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ อุปสรรค และการมีปัจจัยร่วมที่เป็นสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Champion & Skinner, 2002) โดยนำมาศึกษาเพื่อหา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชาย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ของบุคคลประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค จากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะ แทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของ การเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ และ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
ส่วนปัจจัยร่วมที่ชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับ

การสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย
ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์จากผลมาหา เหตุแบบศึกษาย้อนหลัง (retrospective case-control study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน เพศชาย ที่โรงพยาบาล ชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน อำเภอเมืองและอำเภอสว่าง จังหวัดตราด อำเภอละ 4 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุอยู่ในช่วง 20-60 ปี 2) มีประวัติการสูบบุหรี่ 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แบ่งออกเป็นกลุ่มศึกษา (case) คือ กลุ่มเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มเปรียบเทียบ (control) คือ กลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่ ตามแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามขั้นตอน (stage of change) ของการเลิกสูบบุหรี่ ของกรองจิต วาทีสาธกกิจ (2552) โดยกลุ่มศึกษา หมายถึง กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป และกลุ่มเปรียบเทียบ

หมายถึง กลุ่มที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ หรืออยู่ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 6 เดือน กำหนดขนาดตัวอย่างตามตารางการศึกษาแบบ case-control study สถิติ logistic regression หา odds ratios (OR) ของ Lameshow, Hosmer, Klar, and Lwanga (1990) โดยกำหนดสัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ .50 (ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558) และระดับความเสี่ยงของปัจจัยที่ OR เท่ากับ 2.20 ซึ่งได้จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีค่า OR อยู่ในช่วง 1-3.50 (ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558; สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2555; Jianvitayakij et al., 2014) อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และกำหนดอัตราส่วน case : control เป็น 1 : 1 (Lameshow et al., 1990) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 104 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (จุฬาลักษณ์ โกมลตรี, 2555) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 115 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น

230 คน โดยแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละอำเภอ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน โดยการจับคู่ตามอายุ (อายุ 20-40 ปี และอายุ 41-60 ปี) และจำนวนปีที่สูบบุหรี่ (ต่ำกว่า 40 ปี และ 40 ปีขึ้นไป) โดยเลือกกลุ่มศึกษา ก่อน จากนั้นจึงเลือกกลุ่มเปรียบเทียบที่สามารถจับคู่กันได้ ทำเช่นนี้จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และระยะเวลาป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย ดังนี้

2.1 ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ชนิดของบุหรี่ที่สูบ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ และเหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่ จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2.2 ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้คำถามประเมินความพร้อมการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดระยะการเลิกสูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552; Prochaska, Redding, & Evers, 2008) จำนวน 1 ข้อ คือ “หลังแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ท่านเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ นานเท่าใด” มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 6 ตัวเลือก ได้แก่ 1) ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนนี้ 2) ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า 3) ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า 4) อยู่ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 6 เดือน 5) เลิกสูบบุหรี่ได้นาน 6 เดือน แต่ไม่ถึง 1 ปี และ 6) เลิกสูบบุหรี่มานานกว่า 1 ปี ทั้งนี้ แบ่งกลุ่มการเลิกสูบบุหรี่ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง กลุ่มที่ตอบตัวเลือก 5-6 และกลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง กลุ่มที่ตอบตัวเลือก 1-4

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงสูง

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Jianvitayakij et al. (2014) จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์สูง

ส่วนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Jianvitayakij et al. (2014) จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคสูง

ส่วนที่ 7 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ Jianvitayakij et al. (2014) แปลจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ของ Velicer, Diclemente,

Rossi, and Prochaska ปี ค.ศ. 1990 ประกอบด้วย สถานการณ์ที่ใช้ประเมินระดับความเชื่อมั่นในตนเอง ในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ สถานการณ์ด้านบวก สถานการณ์ด้านลบ และสถานการณ์ ที่ทำให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ 'ไม่มั่นใจมากที่สุด' 'ไม่มั่นใจมาก' 'มั่นใจปานกลาง' 'มั่นใจมาก' และ 'มั่นใจมากที่สุด' สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ ความสามารถต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ ความสามารถสูง

ส่วนที่ 8 การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ Jianvitayakij et al. (2014) แปลจากแบบสอบถามพฤติกรรมที่สนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ ของคนใกล้ชิดของ Cohen and Lichtenstein ปี ค.ศ. 1990 จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ 'ไม่เคย' 'นาน ๆ ครั้ง' 'บางครั้ง' 'บ่อยครั้ง' และ 'บ่อยมาก' สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการได้รับการสนับสนุนต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการได้รับการสนับสนุนสูง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัย นำแบบสัมภาษณ์ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ ส่วนการรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสู บุหรี่ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และอาจารย์พยาบาล (3 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) อยู่ในช่วง .90-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงฯ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ฯ ส่วนการรับรู้อุปสรรคฯ ส่วนการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และส่วน การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอป้อไร่

ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (กลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 15 คน) หาค่า ความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .90, .90, .94, .86, .99 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 06-10- 2559 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2559) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวม ข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการ เก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการ วิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่ง และประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ ได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกและเตรียม ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกบำบัด ยาเสพติด โรงพยาบาลเขาสมิง จำนวน 1 คน และพยาบาล วิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอ เมือง จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยได้ศึกษาวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเข้าใจ จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มารับบริการ ตรวจสอบนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในขณะที่นั่งรอเพื่อเข้ารับ การตรวจจากแพทย์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) อ่านแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนิน การเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการสู บุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่

ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ข้อมูลการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และข้อมูลการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ ทั้งนี้ จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ และตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงซึ่งแก้ไขโดยคงตัวแปรที่ผลการทบทวนวรรณกรรมระบุว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ไว้ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษา (กลุ่มเลิกสูบบุหรี่) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มยังไม่เลิกสูบบุหรี่) พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 96.50 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 55.29 ปี ($SD = 6.13$) และ 53.37 ปี ($SD = 6.06$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 63.50 และ 68.70 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ย 11,752.17 บาทต่อเดือน ($SD = 5,215.68$) และ 11,504.35 บาทต่อเดือน ($SD = 5,615.41$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75.60 และ 69.60 ตามลำดับ โรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 63.50 และ 65.20 ตามลำดับ และมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.10 และ 73 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 5.86 ปี ($SD = 4.12$) และ 4.52 ปี ($SD = 4.10$) ตามลำดับ

2. ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ คือ 17-19 ปี

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.40 และ 20-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.10 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 17.90 ปี ($SD = 3.48$) และ 18.89 ปี ($SD = 3.07$) ตามลำดับ ชนิดของบุหรี่ที่สูบ คือ บุหรี่ซอง คิดเป็นร้อยละ 68.70 และ 54.80 ตามลำดับ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ คือ ไม่เคยพยายาม คิดเป็นร้อยละ 53 และ 56.50 ตามลำดับ จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ คือ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 57.40 และ 64 ตามลำดับ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ คือ เลิกสูบทันทีหรือหักดิบ คิดเป็นร้อยละ 53.10 และ 66.80 ตามลำดับ และเหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่ คือ มีปัญหาด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 51.90 และ 42 ตามลำดับ

2.2 ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ คือ เลิกสูบนานมากกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 98.26 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ คือ ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ ใน 6 เดือนนี้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.26 รองลงมา คือ ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ใน 6 เดือนข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 20

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ เท่ากับ 47.57 ($SD = 7.21$) และ 43.89 ($SD = .09$) ตามลำดับ

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงฯ เท่ากับ 40.79 ($SD = 6.35$) และ 37.23 ($SD = 7.31$) ตามลำดับ

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ฯ เท่ากับ 45.97 ($SD = 4.51$) และ 43.71 ($SD = 5.32$) ตามลำดับ

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคฯ เท่ากับ 14.40 ($SD = 5.09$) และ 26.30 ($SD = 7.63$) ตามลำดับ

3.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถฯ เท่ากับ 97.33 ($SD = 6.74$) และ 50.63 ($SD = 20.07$) ตามลำดับ

3.6 การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนฯ เท่ากับ 41.80 ($SD = 16.09$) และ 21.23 ($SD = 17.29$) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.29 เท่า (adj. OR = 1.29, 95% CI = 1.16-.43) และผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.11 เท่า (adj. OR = 1.11, 95% CI = 1.05-1.17) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย (n = 230)

ปัจจัยที่ศึกษา	b	SE	Wald	adj. OR (95% CI)	p
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่	-.057	.075	.590	.94 (.82-1.09)	.442
2. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่	-.208	.116	3.193	.81 (.65-1.02)	.074
3. การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่	-.100	.058	2.956	.90 (.81-1.01)	.086
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	.257	.053	23.536	1.29 (1.16-1.43)	< .001
5. การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่	.102	.027	14.518	1.11 (1.05-1.17)	< .001

Constant = -11.350, -2 Log likelihood = 52.490, Cox & Snell $R^2 = .686$, Nagelkerke $R^2 = .915$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.29 เท่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ยากในการปฏิบัติ เนื่องจากผู้สูบบุหรี่จะมีความเคยชิน และ

มีการเสพติดนิโคติน ซึ่งเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ระดับนิโคตินในเลือดจะลดลง ก่อให้เกิดอาการหงุดหงิดง่าย สมาธิลดลง ดังนั้น ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะต้องอาศัยความตั้งใจและกำลังใจที่เข้มแข็ง จึงจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2553) สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1977) ที่ว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง มักส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล ทำให้บุคคลกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ แม้กระทั่งสิ่งที่ยากก็จะมีผลพยายามทำให้สำเร็จ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่

กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ ทำให้บุคคลมีความพยายามในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู อุทัยยัง (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับยา พบว่า ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้จะมีการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับไปสูบบุหรี่อีก โดยหลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงงานเลี้ยงสังสรรค์ ซึ่งจะช่วยให้อาจเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของชายไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงจะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงเป็น 1.44 เท่า ของผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร ดองโพธิ์ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่สามารถร่วมทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยได้ 1.17 เท่า

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.11 เท่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการได้รับความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่จากคนรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ โดยการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ให้ความรัก ความห่วงใย รวมทั้งให้คำแนะนำ และสะท้อนคิดจะช่วยกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว และเป็นกำลังใจให้บุคคลลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Champion & Skinner, 2002) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม และจากบุคลากรสาธารณสุข ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เป็น 3.10 เท่า และ 3.50 เท่า

ของผู้ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมให้เลิกสูบบุหรี่ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของฉันทิยา ความย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) ที่ศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่คิดเป็น 1.10 เท่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคนใกล้ชิดสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่สำเร็จเป็น 2.55 เท่า

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่นาน (เฉลี่ย 5.86 ปี และ 4.52 ปี ตามลำดับ) และยังไม่มีความเสี่ยงที่รุนแรง จึงไม่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ที่จะตามมา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553) ที่ศึกษาการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยผู้ป่วยเห็นด้วยว่าการเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้ แต่ยังมีผู้ป่วยบางคนที่มีความเข้าใจว่า การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เข้าสังคมยากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค หากผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ร่วมกับมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมาก เกิดความรู้สึกท้อแท้ ก็จะทำให้ไม่ปฏิบัติในพฤติกรรมนั้น (Rosenstock et al., 1988) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปานชีวัน แลบุญมา (2551) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม

การสูบบุหรี่ของประชาชน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 1.02 เท่า ของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่เป็นประจำจนติดแล้ว โดยทุกครั้งที่สูบบุหรี่ สารนิโคตินจะไปกระตุ้นสารโดปามีนซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เกิดความสุข เกิดความรู้สึกพอใจ คลายเครียด แต่เมื่อขาดนิโคติน ร่างกายจะเสียสมดุลทำให้เกิดอาการถอนนิโคติน ส่งผลให้เกิดความหงุดหงิดได้ง่าย กระวนกระวาย สมาธิลดลง เป็นต้น (กรองจิต วาทีสาธกิจ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู อุทัยยัง (2553) ที่พบว่า ความเครียด การเกิดอาการถอนนิโคติน การที่คนรอบข้างชวนสูบบุหรี่ และการเห็นคนอื่นสูบบุหรี่ เป็นอุปสรรคที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ไม่สำเร็จ และสอดคล้องกับการศึกษาของฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ติดนิโคตินระดับสูงเมื่อหยุดสูบบุหรี่ ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเผชิญอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้เพียงร้อยละ 47.33

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายที่ยังสูบบุหรี่อยู่ โดยใช้ตัวแบบผู้ป่วยที่

สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และควรให้ข้อมูล คำปรึกษาให้กำลังใจ และพูดเสริมแรงให้มีความมุ่งมั่นในการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ

1.2 บุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมให้คำปรึกษารายครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจ และมีส่วนในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และกระตุ้นให้บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคไตเรื้อรัง ซึ่งอาจมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเลิกสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วาทีสาธกิจ. (2552). *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. (2555). การคำนวณขนาดตัวอย่าง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(1), 192-198.
- ไชยสิทธิ์ วงศ์ภักพร. (2552). บุหรี่กับโรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และธณชัย คงสกนธ์ (บ.ก.), *พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่* (น. 209-213). กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- ฉันทิยา คารมย์, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2558). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 42(1), 1-11.
- ประกิต วาทีสาธกิจ. (2552). การสูบบุหรี่ ของแสดงผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *หมอชาวบ้าน*, 34(404), 26-29.
- ประภาพร ดองโพธิ์. (2556). *ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ* (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.

- ปานชีวัน แลบุญมา. (2551). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขต สถานีอนามัยบ้านแม่ปู อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์. (2553). *ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- เรณู อุทธิยัง. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับยา: การวิจัยเชิง คุณภาพ* (การศึกษาระดับปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (2551- 2552)*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, กุมภการ สมมิตร, และประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์. (2555). *รายงานสถานการณ์การบริโภค ยาสูบรายจังหวัด พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 เล่มที่ 4 การบริหารงบประมาณควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุม ป้องกัน ความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2553). *คู่มือการรักษาโรคติดบุหรี่*. สมุทรปราการ: สันทวีกิจ พรินติ้ง.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2555). *โครงการทบทวนวรรณกรรม อย่างมีระบบเรื่อง ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการเลิก บุหรี่* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา วานอุปถัมภ์กุล. (2552). *ผลของโปรแกรมส่งเสริม การเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วย วัณโรค* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: The Exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2002). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 45-65). San Francisco: Jossey-Bass.
- Eklund, B. M., Nilsson, S., Hedman, L., & Lindberg, I. (2012). Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking? - a qualitative study. *Tobacco Induced Diseases*, 10(1), 17.
- Jianvitayakij, S., Panpakdee, O., Malathum, P., Duffy, S. A., & Viwatwongkasem, C. (2014). Factors influencing smoking cessation behavior among Thai male smokers with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(2), 100-110.
- Lameshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. New York: John Wiley & Sons.
- Mahmud, A., Wadi, H., Feely, J., & Silke, B. (2015). Cigarette smoking reduces blood pressure response to antihypertensive treatment in newly diagnosed hypertensive patients. *Journal of Hypertension*, 33, e94.

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 97-125). San Francisco: Jossey-Bass.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.

ผลของการกดจุดหย่งควนต่อการลดความเจ็บปวด และระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด*

The Effect of Acupressure at Yongquan Point to Relief Pain and Duration of the First Stage of Labour*

สุภาพร ประนัดดา, พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)¹

Supaporn Pranudta, M.N.S. (Advanced Midwifery)¹

สร้อย อุนสรณ์ธีรกุล, ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)²

Soiy Anusorntheerakul, Ph.D. (Development Science)²

Received: May 17, 2019

Revised: June 18, 2019

Accepted: June 19, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองทางคลินิก เพื่อศึกษาผลของการกดจุดหย่งควนต่อการลดความเจ็บปวด และระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่เกิดในโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 82 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 41 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย เครื่องวัดแรงกด แบบเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการคลอด และแบบวัดระดับความเจ็บปวด ดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2557 ถึงเดือนสิงหาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน repeated measures ANOVA และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 5 นาที และหลังการทดลอง 30 นาที กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) หลังการทดลอง 30 นาที กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.332, p < .001$) และ 3) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลห้องคลอดควรนำวิธีการกดจุดหย่งควนมาใช้เป็นแนวทาง ในการดูแลผู้คลอด เพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และลดระยะเวลาการคลอด

คำสำคัญ: การลดความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอด การกดจุด จุดหย่งควน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Advanced Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

¹ มหบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Master, Program in Advanced Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: supa49103@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University: Advisor

Abstract

This clinical trial research aimed to examine the effect of acupressure at Yongquan point to relief pain and duration of the first stage of labour. The subjects consisted of 82 first-time pregnant women who were in labor at Mahasarakham Hospital and were equally divided into an experimental group ($n = 41$) and a control group ($n = 41$). The research instruments were composed of a pressure algometer, a data collection form, and a visual analogue scale for pain. The implementation and data collection were conducted from November, 2014 to August, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, repeated measures ANOVA, and independent t -test.

The research results revealed that 1) at pre-test, 5-minute post-test, and 30-minute post-test period, the mean scores of pain of experimental group were not statistically significant different; 2) at 30-minute post-test period, the experimental group had statistically significant lower mean score of pain than the control group ($t = 5.332, p < .001$); and 3) the mean duration of the first stage of labour of the experimental group and the control group were not statistically significant different.

This research suggests that labour nurses should apply this acupressure technique at Yongquan point as a guideline for pregnant women caring in order to reduce labour pain and duration of labour.

Keywords: Relief pain, Duration of labour, Acupressure, Yongquan point

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บปวดในระยะรอคลอดเกิดจากการพร้อมออกซิเจนของเซลล์กล้ามเนื้อดลูก การยึดตัวของมดลูกส่วนล่าง การบางและการเปิดขยายของปากมดลูก รวมถึงแรงกดบนอวัยวะใกล้เคียงในมดลูกและช่องทางการคลอด (ศศิธร พุ่มดวง, 2552) การเพิ่มขึ้นของความเจ็บปวดมักสัมพันธ์กับความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก (ศิริพร พงษ์โกภา, อรุณ ชะวีปรีชา, ชลดา จันทร์ขาว, และพรทิพย์ ชีวะพัฒน์, 2552) ผู้คลอดส่วนใหญ่ต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในระยะรอคลอด ผู้คลอดจะมีความกลัวหรือความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และจะกระตุ้นให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัว เกิดความตึงเครียด การรับรู้ความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้น เป็นวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Betts, 1998) กล้ามเนื้อต่างๆ รวมถึง

กล้ามเนื้อดลูกก็จะหดตัวไม่ดี ทำให้เกิดกระบวนการคลอดที่ล่าช้าได้ (อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา, 2554) ดังนั้น ในการให้การพยาบาลที่ดีจึงควรมีการบรรเทาความเจ็บปวด เพื่อให้มารดาสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ส่งเสริมกระบวนการคลอดปกติ ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ผู้คลอดที่มีประสบการณ์และประสบความสำเร็จจากการใช้ทักษะการเผชิญกับความเจ็บปวดจะมีความวิตกกังวลลดลง ส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะคลอด สร้างความภาคภูมิใจและประสบการณ์ทางบวกต่อการคลอด (Nilsson, Lundgren, Karlstrom, & Hildingsson, 2012) การบรรเทาความเจ็บปวดเป็นขั้นตอนที่จะช่วยในการตัดวงจรความเครียด ความกลัว (สินีนาง หงษ์ระนัย และอรุณี พึ่งแพง, 2554) การบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาส่วนใหญ่จะรับความเจ็บปวดได้ดี แต่อาจมีผลข้างเคียง

ของยาต่อการดำเนินการคลอดและทารกในครรภ์ การใช้ยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด เช่น ยาระงับปวด ยาระงับประสาท ยาสงบ พบรายงานว่า ยาเหล่านี้มีผลข้างเคียงที่ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก เช่น เสี่ยงต่อการกดศูนย์หายใจของทารกแรกเกิด ทำให้การคลอดยาวนาน (พิริยา สุขศรี, 2551) การใช้ยาเร่งคลอดเพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูกจะเพิ่มความเจ็บปวดให้แก่ผู้คลอดแม้จะมีการติดตามประเมินความเจ็บปวดอย่างใกล้ชิด (ศศิธร พุมดวง, 2548) ส่วนการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีการที่หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของยา ซึ่งมีหลากหลายวิธีที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลห้องคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยามีกลไกการลดความเจ็บปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) การบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการกระตุ้นที่ผิวหนังจึงเป็นการขัดขวางการรับรู้ความรู้สึกของใยประสาทขนาดเล็กจากมดลูก วิธีที่สามารถนำมาใช้ในการพยาบาล เช่น การนวด การสัมผัส การลูบหน้าท้อง การเปลี่ยนท่าและการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การประคบร้อนและประคบเย็น การกดจุด การกระตุ้นปลายประสาท การบำบัดด้วยน้ำ การฝังเข็ม

ในปัจจุบันมีการนำวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการกดจุด (acupressure) มาใช้ในการดูแลในระยะคลอด การกดจุดเป็นวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยอาศัยการกระตุ้นที่ใยประสาทขนาดใหญ่เพื่อปิดประตูรับรู้ความรู้สึกบนการส่งสัญญาณความเจ็บปวดจากระดับไขสันหลังไปยังระดับสมองตามทฤษฎีควบคุมประตู (Betts, 2003) การกดจุดเป็นการประยุกต์ใช้ศาสตร์ของชาวจีนที่เชื่อว่าเป็นการกระตุ้นเส้นเมริเดียน (meridian) เพื่อเพิ่มการไหลเวียนพลังงานในร่างกาย (ศศิธร พุมดวง, 2552) เมื่อกดจุดจะเกิดการหลั่งเอนโดρφิน (endorphin) เพิ่มขึ้นเพื่อกระตุ้นการเปิดขยายของปากมดลูก และกระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปยังบริเวณมดลูก ลดความเจ็บปวดในระยะคลอด จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการนำจุดต่างๆ ของร่างกายมาใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด เช่น จุดเหอตู๋ (Hegu: LI-4) (ปานิสรา ไชยวงศา, สร้อยอนุสรณ์ธีรกุล, และวิชัย อิงพินิจพงศ์, 2551) จุดเจียนจิง (Jianjing: GB-21) จุดซีเหลียว (Ciliao: BL-32)

(Hajiamini, Masoud, Ebadi, Mahboubh, & Matin, 2012) จุดซานหยินเจียว (Sanyingjiao: SP-6) (Hjelmstedt et al., 2010) สำหรับจุดหย่งควน ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะจุดแต่มีผู้ศึกษาการกดจุดหย่งควนร่วมกับจุดอื่นๆ พบว่าการกดจุดหย่งควนและจุดอื่นๆ สามารถลดระยะเวลาการเปิดขยายของปากมดลูกในผู้คลอดได้ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการกดจุด (นิภาพรณ มณีโชติวงศ์, ปราณิธีโรโสภณ, และสมจิตร เมืองพิล, 2555) รวมถึงสามารถกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกได้ดีทั้งการฝังเข็มและการกดจุด (ลือชา วรรัตน์, ทัศนีย์ ฮาชาไนน์, และเย็นจิตร เตชะดำรงสิน, 2551)

จากการศึกษาจุดหย่งควนพบว่า เป็นจุดที่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ในกรณีที่มีความเจ็บปวดท้องส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์และการเจ็บปวดบริเวณรอบสะดือ (Chang, Fang, & Yang, 2010) สามารถใช้ในผู้ที่มีความกลัวการคลอดหรือกลัวการชักนำการคลอด เมื่อกดที่จุดหย่งควนจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย จิตใจสงบ ลดความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งทำให้ความเจ็บปวดลดลงด้วยวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Dick-Read, 1984) และเนื่องจากวิธีการกดจุดหย่งควนมีหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับตำแหน่ง งานวิจัยครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้วิธีการกดจุดจากงานวิจัยอื่นๆ ที่ผ่านมา ซึ่งประยุกต์จากวิธีการฝังเข็มที่จุดซานหยินเจียวที่บริเวณขาขวาที่พบว่า มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ โดยกดนาน 1 นาที หรือใช้การนับ 1-60 ซ้ำๆ และปล่อยพัก 2 วินาที ใช้เวลากด 20 นาที (Strudwick, McMahon, & Choy, 2007) โดยกำหนดการกดแต่ละครั้งเป็นช่วงสั้นๆ เพื่อให้ผู้คลอดได้พักและรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งการใช้เวลานานเกินไปจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกไม่สบาย ยากลำบากต่อการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่า และเป็นเรื่องยากที่ผู้คลอดจะใช้เวลาในการอยู่นิ่งเพื่อการกดจุด ผู้คลอดบางคนจะรู้สึกไม่สบายเมื่อถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที จึงเป็นระยะเวลาที่สั้นและเหมาะสมสำหรับการกดจุด (Ma et al., 2011) และแรงที่ใช้ในการกดนั้นจะต้องมีแรงกดบนผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ โดยการใช้เครื่องวัดแรงกด (pressure

algometer) เพื่อควบคุมแรงกดจุด ป้องกันการกดที่เบาจนเกินไป ซึ่งอาจมีผลต่อผลการวิจัยที่ไม่ชัดเจน และหากใช้แรงในการกดมากเกินไป ผู้ทดลองจะรู้สึกไม่สบาย อาจมีความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นจากแรงกด ดังนั้น การใช้แรงที่มีความเหมาะสมในการกดจุด จะส่งผลให้ผู้ทดลองไม่เกิดอันตราย และรู้สึกสบาย โดยใช้แรงกดบนผิวหนัง 4.50-6.50 กิโลกรัม (ปาณิสรา ไชยวงศา และคณะ, 2551) ซึ่งเป็นแรงที่มีความเหมาะสมที่ผู้ทดลองสามารถรับรู้ถึงแรงกด และไม่รู้สึกเจ็บปวดขณะที่ถูกกด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากสามารถตัดวงจรความเจ็บปวดโดยอาศัยการกดจุดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอได้ จะเป็นการช่วยให้มารดา รู้สึกผ่อนคลายจากความเจ็บปวด จากการศึกษที่ผ่านมา มีการกดจุดโดยใช้จุดหยังควบรวมกับจุดอื่นๆ (นิภาพรณ มณีโชติวงศ์ และคณะ, 2555) ยังไม่มีการศึกษาการกดจุดหยังควบเพียงจุดเดียว ผู้วิจัยเห็นว่า การกดจุดหยังควบนี้สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องอาศัยเทคนิคหรือความชำนาญ เฉพาะ สามารถปฏิบัติได้ง่าย และเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการกดจุดหยังควบต่อการลดความเจ็บปวด และระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอ โดยการกดจุดหยังควบเพียงจุดเดียวและใช้เวลาในการกดไม่นาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

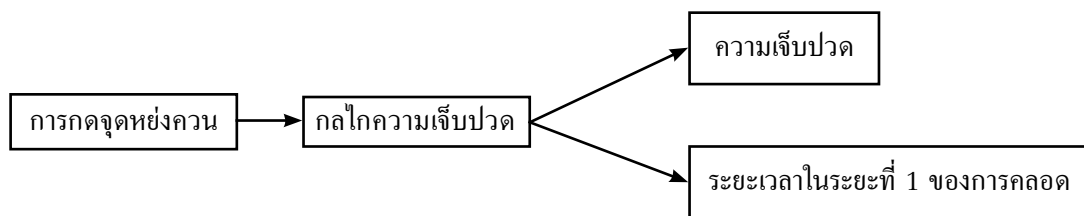
1. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
3. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ของ Melzack and Wall (1996) เมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง จะมีการเปิดขยายของปากมดลูกและมดลูกมีการหดตัว ทำให้เกิดการพ่วงออกซิเจนของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูก เมื่อผู้คลอดมีความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก ความเจ็บปวดทำให้มีการหลั่งแคทีโคลามีน (catecholamine) คอร์ติซอล (cortisol) และฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (adrenocorticotrophic hormone) เพิ่มขึ้น ทำให้มดลูกหดตัวลดลง เกิดกระบวนการคลอที่ยาวนานขึ้น (สุกัญญา ปรีชญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553) หากมีการตัดวงจรความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น โดยการกระตุ้นที่ไขประสาทขนาดใหญ่เพื่อปิดประตูรับความรู้สึก จะช่วยลดความเจ็บปวดได้ เมื่อกดจุดหยังควบ จะเกิดการไหลเวียนเลือดในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทำให้การทำงานของร่างกายมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งเสริมการหลั่งเอ็นดอร์ฟิน ทำให้มีการปิดกั้นตัวรับความเจ็บปวดไปยังสมอง เพิ่มการเปิดขยายของปากมดลูก และเพิ่มประสิทธิภาพการหดตัวของมดลูก (Betts, 2003) ส่งผลให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลง และมีระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอสั้นลง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองทางคลินิก (clinical trial research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง การทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้คลอด ครรภ์แรกคลอดในโรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2557 ถึงเดือนสิงหาคม 2558 โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุในช่วง 18-34 ปี 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว และตั้งครรภ์ปกติ 3) มาฝากครรภ์ตามนัด 4) มาคลอดเมื่ออายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ 5) ทารกมี ศีรษะเป็นส่วนนำ 6) ปากมดลูกเปิดระหว่าง 4-7 เซนติเมตร 7) สามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ 8) ไม่เคย เข้าร่วมโปรแกรมเทคนิคการลดปวดในระยะคลอด และ 9) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วม การวิจัย คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ตกเลือด ก่อนคลอด ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ 2) เข้าร่วม การวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่มีอิสระต่อกัน เปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการทดสอบทางเดียว ในกรณีที่ไม่ทราบจำนวน ประชากร (วรรณชนก จันทชุม, 2545) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 41 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 82 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ เครื่องวัดแรงกด (pressure algometer) ใช้สำหรับวัด ระดับแรงกดบริเวณผิวหนัง โดยแสดงผลเป็นตัวเลขตั้งแต่ เริ่มกด หน่วยเป็นกิโลกรัม มีค่าความเชื่อมั่นภายในของ เครื่องมือ (inter-rater reliability) เท่ากับ .81 ซึ่งถือว่า อยู่ในระดับสูง (Lacourt, Houtveen, & van Doornen, 2012) ทั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตนำมาใช้จากสาขาวิชากายภาพ บำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับการทดสอบเครื่อง (calibration) ก่อนนำมาใช้ เครื่องวัดแรงกด แสดงในภาพที่ 1



- หน้าจอแสดง
- เมนูการตั้งค่าหน่วย
- ปุ่มปิด-เปิด
- หัวกดบริเวณที่สัมผัสกับผิวหนัง

ภาพที่ 1 เครื่องวัดแรงกด (pressure algometer)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การเปิดขยายของปากมดลูก การบางของปากมดลูก และระดับของส่วนน้ำ จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดระดับความเจ็บปวด ผู้วิจัยใช้แบบวัดที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS]) ซึ่งเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยปลายด้านซ้ายแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึงไม่ปวด และปลายด้านขวาแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึงปวดมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่น .96 (ปานิสร่า ไชยวงศา และคณะ, 2551)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เอกสารรับรอง เลขที่ HE 572180 วันที่ 28 สิงหาคม 2557) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมหาสารคาม (เอกสารรับรอง เลขที่ 013/2557 วันที่ 30 กันยายน 2557) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้าห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยศึกษาตำแหน่งของจุดหย่งควน และฝึกการใช้เครื่องวัดแรงกดจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขา

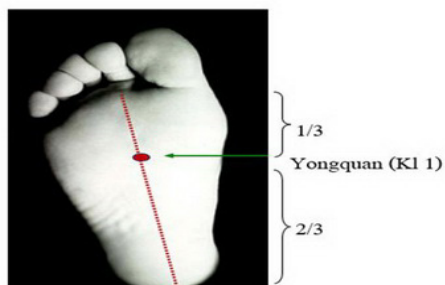
กายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกฝากครรภ์ และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 3 ปี รวมจำนวน 2 คน โดยพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกฝากครรภ์ทำหน้าที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวและดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ส่วนพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาวิธีการใช้แบบวัดระดับความเจ็บปวดจนเข้าใจ

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ห้องคลอด ในกรณีที่เป็นกลุ่มทดลอง ผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ผู้ช่วยผู้วิจัยให้การพยาบาลตามปกติ และเมื่อมดลูกมีการหดตัวแล้วเริ่มคลายตัว ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินระดับความเจ็บปวด จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบตำแหน่งของจุดหย่งควนที่ได้เท้าข้างขวา (ดังแสดงในภาพที่ 2) และทำสัญลักษณ์เล็ก ๆ ไว้ เพื่อให้สามารถสังเกตตำแหน่งได้ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อผู้คลอดมีการเคลื่อนไหว เมื่อมดลูกเริ่มมีการหดตัวอีกครั้งในระยะที่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ผู้วิจัยกดจุดหย่งควนด้วยเครื่องวัดแรงกด โดยค่อย ๆ เพิ่มแรงกดให้อยู่ระหว่าง 4.50-6.50 กิโลกรัม พร้อมทั้งสังเกตผู้คลอดว่าสามารถทนแรงกดได้กี่กิโลกรัม กดจุดเป็นเวลา 1 นาที แล้วพัก 2 วินาที สลับกันไปเรื่อย ๆ จนครบเวลา 20 นาที โดยใช้การกดจุดทั้งสิ้นประมาณ 19 ครั้ง (1 รอบ) หลังจากการกดจุดเสร็จสิ้นแล้ว 5 นาที และ 30 นาที ในขณะที่มดลูกหดตัวแล้วเริ่มคลายตัวลง ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินระดับความเจ็บปวด ส่วนในกรณีที่เป็กลุ่มควบคุม ได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ยกเว้นในการกดจุดหย่งควนด้วยเครื่องวัดแรงกด ให้เปลี่ยนเป็นการสัมผัสแทน (หน้าจอเครื่องวัดแรงกด แสดงเลข 0 กิโลกรัม)

5. เมื่อปากมดลูกเปิดหมด ผู้ช่วยผู้วิจัยบันทึกเวลาในแบบเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อใช้คำนวณระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2557 ถึงเดือนสิงหาคม 2558



ภาพที่ 2 จุดหย่งควน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA การเปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีอายุอยู่ในช่วง 19-23 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.70 และ 56.10 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 22.10 ปี ($SD = 3.52$) และ 23.27 ปี ($SD = 3.19$) ตามลำดับ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.30 และ 39 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 90.20 และ 97.60 ตามลำดับ มีอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 48.80 และ 65.90 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการเปิดขายของปากมดลูก 4 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 73.20 และ 85.40 ตามลำดับ โดยมีการเปิดขายเฉลี่ย 4.41 เซนติเมตร ($SD = .74$) และ 4.17 เซนติเมตร ($SD = .44$) ตามลำดับ มีการบางของปากมดลูกอยู่ในช่วง 75.01-100 เปอร์เซ็นต์ คิดเป็น

ร้อยละ 63.40 และ 53.60 ตามลำดับ โดยมีการบางเฉลี่ย 80.60 เปอร์เซ็นต์ ($SD = 16.55$) และ 72.80 เปอร์เซ็นต์ ($SD = 23.07$) ตามลำดับ และมีระดับของส่วนน้ำอยู่ในช่วง 0-1 คิดเป็นร้อยละ 78 และ 51.20 ตามลำดับ โดยมีระดับของส่วนน้ำเฉลี่ย .17 ($SD = .58$) และ .56 ($SD = .77$) ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 5 นาที และหลังการทดลอง 30 นาที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดเท่ากับ 4.49 ($SD = 1.22$), 4.41 ($SD = 1.00$) และ 4.49 ($SD = .91$) ตามลำดับ โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดทุกคู่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 5 นาที และหลังการทดลอง 30 นาที มีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดเท่ากับ 3.37 ($SD = 1.38$), 4.76 ($SD = 1.21$) และ 5.54 ($SD = .56$) ตามลำดับ โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังการทดลอง 5 นาที มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังการทดลอง 30 นาที มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังการทดลอง 30 นาที มากกว่าหลังการทดลอง 5 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	MD (mean difference)	SE	p	95% CI for difference	
				lower bound	upper bound
กลุ่มทดลอง					
ก่อน - หลังการทดลอง 5 นาที	.083	.120	1.000	-.217	.383
ก่อน - หลังการทดลอง 30 นาที	.002	.114	1.000	-.282	.287
หลังการทดลอง 5 นาที - หลังการทดลอง 30 นาที	-.080	.062	.611	-.236	.075
กลุ่มควบคุม					
ก่อน - หลังการทดลอง 5 นาที	-.985	.060	< .001	-1.135	-.836
ก่อน - หลังการทดลอง 30 นาที	-1.766	.165	< .001	-2.178	-1.353
หลังการทดลอง 5 นาที - หลังการทดลอง 30 นาที	-.780	.129	< .001	-1.103	-.458

3. การเปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.480, p < .01$) หลังการทดลอง 5 นาที กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย

ความเจ็บปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง 30 นาที พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.332, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 41)		กลุ่มควบคุม (n = 41)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	4.49	1.22	3.77	1.38	2.480	.007
หลังการทดลอง 5 นาที	4.41	1.00	4.76	1.21	1.427	.079
หลังการทดลอง 30 นาที	4.49	.91	5.54	.56	5.332	< .001

4. การเปรียบเทียบระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาข้อมูลการคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลา

หลังการกดจุดถึงปากมดลูกเปิดขยายหมดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.720, p < .001$) และพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปิดขยายของปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.100, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 41)		กลุ่มควบคุม (n = 41)		t	p
	M	SD	M	SD		
ระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด	11.69	.56	12.67	4.17	.900	.185
ระยะเวลาหลังการกดจุดถึงปากมดลูกเปิดขยายหมด (ชม.)	3.08	1.48	5.07	2.25	4.720	< .001
การเปิดขยายของปากมดลูก (ชม./ชม.)	2.30	1.22	1.37	.76	4.100	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 5 นาที และหลังการทดลอง 30 นาที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อมีความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกมีการเปิดขยาย ผู้คลอดจะเกิดความเจ็บปวด แต่เมื่อมีการกดจุดหย่งควนจะสามารถกระตุ้นให้ไขประสาทปิดประตูรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณที่มีการหดตัวของมดลูก แม้จะมีความก้าวหน้าของการคลอด ผู้คลอดก็จะรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยหลังการทดลอง 5 นาที และหลังการทดลอง 30 นาที การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกก็ลดลง จึงทำให้คะแนนความเจ็บปวดที่ประเมินได้ใน 3 ช่วงเวลา ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับที่ Betts (2003) ได้อธิบายว่า การกดจุดแต่ละจุดสามารถเพิ่มการกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด เป็นการส่งเสริมการหลั่งเอ็นดอร์ฟิน ทำให้มีการปิดกั้น

ตัวรับความเจ็บปวดไปยังสมอง เพิ่มการเปิดขยายของปากมดลูก และเพิ่มประสิทธิภาพการหดตัวของมดลูก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hajiamini et al. (2012) ที่ศึกษาการกดจุดเหนือกระดูกไหปลาร้า และใช้ยาหลอก เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเวลาคลอด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการกดจุดสามารถลดความเจ็บปวดได้ดีกว่าการใช้ยาหลอก และสามารถลดความเจ็บปวดได้ภายใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงหลังการกดจุด

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง 5 นาที กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง 30 นาที พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการกดจุดหย่งควน ซึ่งจะกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่เพื่อปิดประตูรับรู้ความรู้สึก รบกวนการส่งสัญญาณความเจ็บปวดจากระดับไขสันหลังไปยังระดับสมองตามทฤษฎีควบคุมประตู

(Betts, 2003) โดยอาศัยกระบวนการในการรับรู้ความรู้สึกจากใยประสาทขนาดใหญ่ที่รับรู้ความรู้สึกจากการกระตุ้นผิวหนังด้วยการกดจุด เพื่อขัดขวางการรับรู้ความรู้สึกของใยประสาทขนาดเล็กจากมดลูก นอกจากนี้ เมื่อกดจุดจะเพิ่มการหลั่งเอ็นดอร์ฟิน เพื่อกระตุ้นการเปิดขยายของปากมดลูกและกระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปยังบริเวณมดลูก ทำให้มดลูกมีการหดตัวที่ดี เกิดความก้าวหน้าของการคลอด เมื่อกดจุดห้อยควน ผู้คลอดจะรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ซึ่งทำให้ความเจ็บปวดลดลงด้วยตามวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Dick-Read, 1984) การใช้แรงที่มีความเหมาะสมในการกดจุดส่งผลให้ผู้คลอดไม่เกิดอันตราย และรู้สึกสุขสบาย โดยใช้แรงกดบนผิวหนัง 4.50-6.50 กิโลกรัม (ปานิสรา ไชยวงศา และคณะ, 2551) ซึ่งเป็นแรงที่มีความเหมาะสมที่ผู้คลอดสามารถรับรู้ถึงแรงกด และไม่รู้สึเจ็บปวดขณะที่เกิดเป็นแรงที่สามารถกดเพื่อให้ผิวหนังรับรู้ความเจ็บปวดเพื่อส่งไปยังเส้นประสาทตามระบบการเปิด-ปิดประตูความเจ็บปวด ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีแรงกดบริเวณผิวหนังจึงไม่มีแรงกดในการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้หรือรับรู้ได้น้อย ไม่สามารถกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกบริเวณผิวหนัง จึงไม่สามารถลดความเจ็บปวดได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนหลังการกดจุด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดลดลงเล็กน้อย และไม่แตกต่างจากก่อนการกดจุด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังการสัมผัสจุด 5 นาที เพิ่มขึ้นมาก และแตกต่างจากก่อนการสัมผัสจุด ทำให้หลังการกดจุด 5 นาที และหลังการสัมผัสจุด 5 นาที คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดจึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธนาพร กิตติเสนีย์, เอมพร ตินธร, นวีวรรณ อยู่สำราญ, และสมชัย โกวิทเจริญกุล (2555) ที่ศึกษาผลของการกดจุด LI 4 และ SP 6 ต่อความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการกดจุดสามารถลดความเจ็บปวดได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสัมผัสจุด

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาดังกล่าวนั้นรวมเวลาที่ผู้คลอดอยู่ในช่วงแรกของการเจ็บครรภ์ ซึ่งยังไม่ได้เข้าสู่การทดลองกดจุด/สัมผัสจุดห้อยควน แต่เมื่อพิจารณาระยะเวลาหลังการกดจุดถึงปากมดลูกเปิดขยายหมด และการเปิดขยายของปากมดลูก พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาหลังการกดจุดถึงปากมดลูกเปิดขยายหมดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีการเปิดขยายของปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการรอกคลอดน้อยกว่าและมีการเปิดขยายของปากมดลูกดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสรุปได้ว่า การกดจุดห้อยควนสามารถลดระยะเวลาการรอกคลอดได้ โดยการกดจุดห้อยควนช่วยให้มีการเปิดขยายของปากมดลูกได้ดีกว่าการสัมผัสจุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การกดจุดห้อยควนเป็นกลไกการตัดวงจรความเจ็บปวด โดยเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่บริเวณผิวหนัง เมื่อกดจุดจะเกิดการไหลเวียนเลือดภายในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งเสริมการหลั่งเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งจะช่วยปิดกั้นตัวรับความเจ็บปวดไปยังสมอง เพิ่มการกระตุ้นการเปิดขยายของปากมดลูก และเพิ่มประสิทธิภาพการหดตัวของมดลูก (Betts, 2003) รวมทั้งกระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปยังบริเวณมดลูก เมื่อมดลูกมีการหดตัวดี จึงทำให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพรณ มณีโชติวงศ์ และคณะ (2555) ที่ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าต่อเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการนวดกดจุดมีปากมดลูกเปิดเร็วกว่าและมีระยะคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการนวดกดจุด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลห้องคลอดควรนำวิธีการกดจุดห้อยควนมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอด เพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และลดระยะเวลาการคลอด โดยประยุกต์ใช้

อุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น ไม้กดจุด ลูกแก้ว รวมทั้งควรสอนญาติให้มีส่วนร่วมในการกดจุด เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการกดจุดโดยใช้อุปกรณ์ชนิดอื่นในโรงพยาบาลที่สามารถประยุกต์ได้หรือใช้แรงกดจากมือ

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ในมารดากลุ่มอื่นๆ เช่น มารดาครรภ์หลัง มารดาวัยรุ่น มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงได้ในประชากรทุกกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

ชนาพร กิตติเสนีย์, เอมพร รตินธร, นวิวรรณ อยู่สำราญ, และสมชัย โกวิทเจริญกุล. (2555). ผลของการกดจุด LI 4 และ SP 6 ต่อความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 35(3), 68-77.

นิภาพรณ มณีโชติวงศ์, ปราณี ชีโรโสภณ, และสมจิตร เมืองพิล. (2555). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าต่อเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(3), 10-18.

ปาณิสรา ไชยวงศา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และวิชัย อิงพินิจพงศ์. (2551). ผลของการกดจุดเหนือกระดูกคลิปกดจุดต่อความรู้สึกเจ็บครรภ์ของผู้คลอดครั้งแรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 31(4), 38-47.

พริยา สุภศรี. (2551). *การพยาบาลในระยะคลอด*. ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.

ลือชา วรรัตน์, ทศนีย์ ฮาชาโนน, และเย็นจิตร เตชะดำรงสิน. (2551). *การฝังเข็ม รมยา เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

วรรณชนก จันทชุม. (2545). *การวิจัยทางการพยาบาล: การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง*. ภาควิชาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศศิธร พุ่มดวง. (2548). อุปสรรคและปัญหาการลดปวดในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(1), 53-59.

ศศิธร พุ่มดวง. (2552). *การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สงขลา: โรงพิมพ์อัลลายด์เพรส.

ศิริพร พงษ์โกคา, อรุณ เชาว์ปรีชา, ชลดา จันทร์ขาว, และพรทิพย์ ชีวะพัฒน์. (2552). *การพยาบาลมารดาในระยะคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก.

สินีนาง หงษ์ระนัย, และอรุณี พึ่งแพง. (2554). *การใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะที่หนึ่งของการคลอด: การใช้ผลงานวิจัย*. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้.

สุกัญญา ปรีสัญญกุล, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2553). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: นันทพันธ์ปิ่นดั่ง.

อภิรัช อินทวงกูร ณ อยุธยา. (2554). *ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 2 (ระยะคลอดและระยะหลังคลอด)*. เชียงใหม่: ครองช้างพริ้นดั่ง.

Betts, D. (1998). *Acupressure techniques for use during childbirth and pregnancy*. Retrieved from <http://www.childbirthsolutions.com/articles/birth/acupressure/index.php>

Betts, D. (2003). *Natural pain relief techniques for childbirth using acupressure promoting a natural labour and partner involvement*. Retrieved from http://home.clear.net.nz/pages/debra_betts

- Chang, S. H., Fang, M. C., & Yang, Y. S. (2010). Effectiveness of transcutaneous electrical acupoint stimulation for improving depressive mood status among nursing home elders in Taiwan: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 31(5), 324-330.
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without fear: The original approach to natural childbirth* (5th ed.). New York: Harper & Row.
- Hajiamini, Z., Masoud, S. N., Ebadi, A., Mahboubh, A., & Matin, A. A. (2012). Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18(3), 169-172.
- Hjelmstedt, A., Shenoy, S. T., Victorin, E. S., Lekander, M., Bhat, M., Balakumaran, L., & Inchauspe, A. (2010). Traditional Chinese medicine K1 Yongquan and resuscitation: Another kind of "Lazarus phenomenon". *Resuscitation*, 81(4), 505-506.
- Lacourt, T. E., Houtveen, J. H., & van Doornen, L. J. P. (2012). Experimental pressure-pain assessments: Test-retest reliability, convergence and dimensionality. *Scandinavian Journal of Pain*, 3(1), 31-37.
- Ma, W., Bai, W., Lin, C., Zhou, P., Xia, L., Zhao, C., ... Lu, A. (2011). Effects of Sanyinjiao (SP6) with electroacupuncture on labour pain in women during labour. *Complementary Therapies in Medicine*, 19(Suppl. 1), 13-18.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1996). Pain mechanisms: A new theory. *Pain Forum*, 5(1), 3-11.
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlstrom, A., & Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25(3), 114-121.
- Strudwick, M. W., McMahon, K. L., & Choy, S. T. (2007). Rapid response of autonomic nervous system to acupuncture in subjects under stress. *Australian Journal of Acupuncture and Chinese Medicine*, 2(1), 9-15.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ
เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3*
Effects of a Combination of Self-management and Motivational
Interviewing Program for Delayed Progression of Diabetic Nephropathy
on Self-management Behaviors and Clinical Outcomes among
Type 2 Diabetic Patients with the Third-stage Diabetic Nephropathy*

จันจิรา หินขาว, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Chanjira Hinkhaw, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, Ph.D. (Nursing) ²

สุนทรี เจียรวิทย์กิจ, ปส.ด. (การพยาบาล) ³

Kanitha Hanprasitkam, Ph.D. (Nursing) ²

Soontaree Jiawittayakit, Ph.D. (Nursing) ³

Received: June 15, 2019

Revised: June 28, 2019

Accepted: June 29, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ วิดีโอ คู่มือการจัดการตนเอง แผนการฝึกทักษะการจัดการตนเอง แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ แบบทดสอบความบกพร่องในการรู้คิด 6 ข้อ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ Master, Program in Adult Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: chanjira.yui@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University: Major Advisor

³ อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Lecturer, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University: Co-advisor

ไตเสื่อม มีค่าความเชื่อมั่น .88 และเครื่องมือตรวจผลลัพธ์ทางคลินิก ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนมีนาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, independent *t*-test, paired *t*-test, Wilcoxon matched pairs signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่าซีรั่มครีเอตินิน และค่าโปรตีนในปัสสาวะ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิก ซีรั่มครีเอตินิน และค่าโปรตีนในปัสสาวะ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลประจำคลินิกเบาหวานควรนำโปรแกรมการจัดการตนเอง ร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ไตเสื่อมจากเบาหวาน
พฤติกรรมการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ทางคลินิก

Abstract

This experimental research aimed to determine the effects of a combination of self-management and motivational interviewing program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes among type 2 diabetic patients. The samples consisted of 60 type 2 diabetic patients with the third-stage diabetic nephropathy who came for follow up visit at a community hospital and were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments comprised a combination of self-management and motivational interviewing program for delayed progression of diabetic nephropathy, a video, a manual for self-management, a practice guideline for self-management, a recording form for telephone monitoring, the Six Item Cognitive Impairment Test, a demographic questionnaire, a self-management behaviors questionnaire with the reliability of .88, and the medical devices for clinical outcomes measurement. The implementation and data collection were conducted from November, 2018 to March, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, independent *t*-test, paired *t*-test, Wilcoxon matched pairs signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean scores of self-management behaviors than before the experiment and those in the control group ($p < .001$); 2) after the experiment, the experimental group had statistically significant lower fasting blood sugar, HbA1C, systolic and diastolic blood pressure, serum creatinine, and urine microalbumin than before the experiment, and had statistically significant higher eGFR than before the experiment; and 3) after the experiment, the experimental group had statistically significant greater decreased HbA1C, systolic blood pressure, serum creatinine, and urine microalbumin than those in the control group, and had statistically significant greater increased eGFR than those in the control group.

This research suggests that nurses at the diabetic clinic should apply this combination of self-management and motivational interviewing program for type 2 diabetic patients with the third-stage diabetic nephropathy in order to delay the progression of diabetic nephropathy.

Keywords: Self-management, Motivational interviewing, Diabetic nephropathy, Self-management behaviors, Clinical outcomes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจข้อมูลในประเทศไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2557 โรคเบาหวานเป็น 1 ใน 5 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงสุด จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556-2557 พบว่า ประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของเบาหวานถึงร้อยละ 8.90 ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีผู้เป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 4 ล้านคน โดยมีผู้ที่ควบคุมโรคเบาหวานได้เพียงร้อยละ 23.70 เท่านั้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 58,973 ราย และเสียชีวิตจำนวน 11,389 ราย มีค่าเฉลี่ยการเสียชีวิตวันละ 32 คน (ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, 2559) โดยภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบสูงสุดในผู้ป่วยเบาหวาน คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต หรือไตเสื่อมจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) โดยพบว่า ร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะโรคไต

เรื้อรังได้ (วรางคณา พิชัยวงศ์, 2558)

ไตเสื่อมจากเบาหวาน มีสาเหตุมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตไม่ได้ รวมถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานยารักษาเบาหวาน ไม่ถูกต้อง การใช้ยาสมุนไพรบางชนิด การไม่มีกิจกรรมทางกาย ภาวะอ้วน ความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา โดยผู้ป่วยที่มีการเสื่อมของไตระยะแรก (ระยะที่ 1-3) ไม่ปรากฏอาการแสดงที่เด่นชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ตระหนักเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี และ สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, 2559) เมื่อระยะการดำเนินของโรคเข้าสู่โรคไตระยะท้าย จะมีอาการเด่นชัดจากของเสียคั่ง ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (จินตนา หามาลี, นัยนา พิพัฒน์วิมลขุชา, และรวีวรรณ เผ่ากัณหา, 2557)

ในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้ได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) (Creer, 2000) เป็นแนวคิดที่ทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ

เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และมีทักษะการจัดการตนเอง จึงนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มความรู้อสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ทำให้ควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มากขึ้น และผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น (จันทร์เพ็ญ หวานคำ, 2555; ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า, ชดช้อย วัฒนะ, และพีระพงศ์ กิตติภาวรงค์, 2555; อรรพรรณ ประภาศิลป์, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธาระวานิช, 2556; ศิริลักษณ์ ดุงทอง, 2557) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสื่อมของไตระยะแรก เนื่องจากยังไม่มีอาการแสดงทางกายอย่างเด่นชัด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดความตระหนัก และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing [MI]) เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการรู้คิดในตนเอง และตระหนักถึงปัญหาของตน จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Miller & Rollnick, 1991) กระบวนการนี้ถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ช่วยป้องกันการเข้ารับการรักษาทดแทนไตฉุกเฉิน ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (จุฑามาศ เทียนสอาด และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2559) การนำกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับกระบวนการจัดการตนเองมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการดูแลตนเองดีขึ้น และมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น (รัตนารักษ์ จีระวัฒนะ และอภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2559)

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย พบว่ายังมีน้อย โดยโปรแกรมเป็นการสอนรายบุคคล ไม่มีการฝึกทักษะการจัดการตนเอง (ศิริลักษณ์ ดุงทอง, 2557) ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (เบญจมาศ เรืองดิษฐ์, เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์, และชลินดา สะมะอะ, 2559) ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (ชินกรณ์ แคนกาไสย และเพชรไสว ลัมตระกูล, 2559) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีไตเสื่อมระยะที่ 2-4 ติดตามผลในระยะ 6 สัปดาห์ (จินตนา หามาลี และคณะ, 2557)

และในระยะ 12 สัปดาห์ (ศิริลักษณ์ ดุงทอง, 2557) พบว่าคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ประสิทธิผลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ชัดเจน (ศิริลักษณ์ ดุงทอง, 2557) โดยผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมยังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บางโปรแกรมไม่มีการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก (จินตนา หามาลี และคณะ, 2557) นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษากการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสื่อมของไตระยะแรก

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3 เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ แต่เริ่มมีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของไต มีการสุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มควบคุม และระยะเวลาของโปรแกรมนาน 12 สัปดาห์ โดยมีการสร้างแรงจูงใจในแต่ละขั้นตอนของการจัดการตนเอง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น เป็นการชะลอความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจัดอันดับของผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ค่าซีรัมครีเอตินิน (serum creatinine) และค่าโปรตีนในปัสสาวะ (urine microalbumin) ต่ำกว่าก่อนการทดลองและอัตราการกรองของไต (eGFR) สูงกว่าก่อนการทดลอง

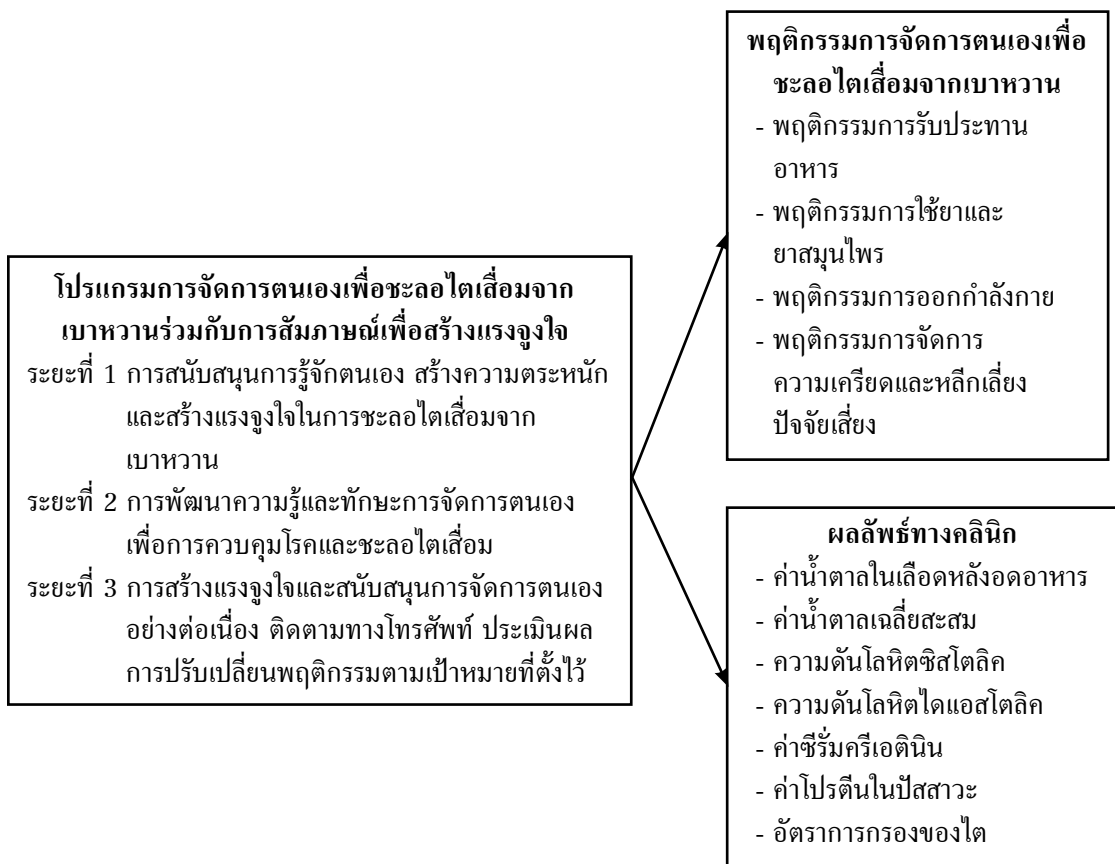
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไปของผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่าซีรัมครีเอตินิน และค่าโปรตีนในปัสสาวะ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) มาเป็นกรอบแนวคิดหลัก โดยการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองเพื่อ

ควบคุมภาวะโรค โดยต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และมีทักษะการจัดการตนเองที่จำเป็นในการควบคุมโรค รวมถึงผลที่ตามมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง โดยสามารถตัดสินใจในการจัดการตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค และการดำเนินชีวิตประจำวัน กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการตนเองมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนการปฏิบัติ บุคคลที่มีความรู้และทักษะการจัดการตนเองจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องมีความตระหนักและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมร่วมด้วย การวิจัยครั้งนี้จึงนำการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (1991) มาใช้ โดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการให้คำปรึกษาที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ยินเสียงตัวเองซ้ำๆ เป็นเสียงที่ตนเองคิดและรู้สึก จนเกิดกระบวนการรู้คิดในตนเอง และตระหนักถึงปัญหาของตนเอง สามารถตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง และมีแรงจูงใจ จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยมุ่งหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและแรงจูงใจ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) วัดก่อนและหลังการทดลอง และมีกลุ่มควบคุม (pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนมีนาคม 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไตเสื่อมจากเบาหวานระยะที่ 3 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้ 4) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

5) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีความบกพร่องในการรู้คิด ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบความบกพร่องในการรู้คิด 6 ข้อ (The Six Item Cognitive Impairment Test: 6CIT) ฉบับภาษาไทย และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .70 จากการศึกษาของศิริลักษณ์ อุททอง (2557) อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับ

นัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 52 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน ทำการสุ่มวันสำหรับดำเนินการกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (1991) ประกอบด้วยการฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นรายบุคคล โดยโปรแกรมมีระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสนับสนุนการรู้จักตนเอง สร้างความตระหนักและสร้างแรงจูงใจในการชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน โดยประเมินสถานการณ์ ความเข้าใจ และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน สัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง เกิดความตระหนัก และการตัดสินใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน

ระยะที่ 2 การพัฒนาความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรคและชะลอไตเสื่อม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน และฝึกทักษะการจัดการตนเองตาม 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ฝึกการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ การควบคุมโรคเบาหวานและชะลอไตเสื่อม 2) ฝึกการบันทึก การควบคุมโรคและผลลัพธ์ทางคลินิก อาการและอาการ แสดงที่ผิดปกติ 3) ฝึกการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดไตเสื่อม และสาเหตุของการควบคุมโรคไม่ได้ 4) ฝึกการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาเมื่อพบความผิดปกติจากภาวะโรคของตน

5) ฝึกการลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ สร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และ 6) ฝึกการสะท้อน ตนเองเกี่ยวกับผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัญหาและ อุปสรรคที่คาดว่าจะเกิด และสร้างแรงจูงใจในการแก้ไข ปัญหาและอุปสรรค เพื่อให้ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย

ระยะที่ 3 การสร้างแรงจูงใจและสนับสนุน การจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามทางโทรศัพท์ ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง สะท้อนปัญหาและอุปสรรค และหาแนวทางการแก้ไข สัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

1.2 วิดีโอพร้อมเสียงบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคไตเสื่อมจากเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สำหรับใช้เป็นสื่อการสอนเพื่อให้ ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการ ตนเองได้เหมาะสมกับโรคและการดำเนินชีวิตประจำวัน มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมจากเบาหวาน แนวทางการรักษาที่ได้รับ ผลกระทบที่เกิดจากโรค และ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองที่จำเป็นในการควบคุม โรคเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม ระยะเวลาประมาณ 20 นาที

1.3 คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จากเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาสอดคล้องกับวิดีโอพร้อมเสียงบรรยาย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมจากเบาหวาน และมีแบบบันทึก การติดตามการควบคุมโรคเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม

1.4 แผนการฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อ ชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สำหรับให้ผู้ป่วยใช้ในการฝึกฝนด้วย ตนเองทุกขั้นตอน มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อม จากเบาหวาน และทักษะการจัดการตนเองโดยการฝึกทักษะ แบ่งออกเป็น 4 ฐาน ได้แก่ 1) ฐานการรับประทานอาหาร ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับอาหารแลกเปลี่ยน (food exchange) และการเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุม ระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต สอนโดยผู้วิจัย 2) ฐานการใส่ยาและยาสมุนไพร ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับ การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการหลีกเลี่ยง

การใช้ยาสมุนไพรที่มีผลต่อไต สอนโดยเกศษกร 3) ฐานการออกกำลังกาย ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการเลือกกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย สอนโดยนักกายภาพบำบัด และ 4) ฐานการจัดการความเครียดและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ และการเลิกดื่มสุรา สอนโดยพยาบาลจิตเวช

1.5 แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ สำหรับใช้ในขั้นตอนการให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และใช้ทุกครั้งที่มีการติดตามทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย การสนับสนุนการตั้งเป้าหมาย การสอบถามถึงสาเหตุของปัญหาและอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบความบกพร่องในการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบที่สุภาพ อาริเอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ (กำลังจัดพิมพ์) แปลจากแบบทดสอบของ Brooke and Bullock ปี ค.ศ. 1999 ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล จำนวน 3 ข้อ ความจำ จำนวน 1 ข้อ และการคิดคำนวณ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ไม่มีความบกพร่องในการรู้คิด (น้อยกว่า 7 คะแนน) และสงสัยว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด (มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน การมีโรคร่วม การรักษาเบาหวาน ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ค่าซีรั่มครีเอตินิน ค่าโปรตีนในปัสสาวะ และอัตราการกรอง

ของไต) จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของศิริลักษณ์ ณัฐทอง (2557) และการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยาและยาสมุนไพร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง จำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 18 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองไม่ดี และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองดี

ส่วนที่ 4 เครื่องมือตรวจผลลัพธ์ทางคลินิก มีดังนี้

4.1 เครื่องตรวจเลือดยี่ห้อ Erba Mannheim รุ่น XL 640 สำหรับใช้ตรวจค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (เกณฑ์ปกติ 80-130 mg/dl) ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (เกณฑ์ปกติ $\leq 7\%$) และค่าซีรั่มครีเอตินิน (เกณฑ์ปกติ 0.50-1.10 mg/dl) ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต 6 ชลบุรี ทุกปี และตรวจสอบคุณภาพภายในโดยเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ทุกครั้งก่อนการตรวจ

4.2 เครื่องตรวจปัสสาวะยี่ห้อ Cybow 2 MAC สำหรับใช้ตรวจค่าโปรตีนในปัสสาวะ (เกณฑ์ปกติ 30-300 mg/l) ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต 6 ชลบุรี ทุกปี และตรวจสอบคุณภาพภายในโดยเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ทุกครั้งก่อนการตรวจ

4.3 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท (sphygmomanometer) ยี่ห้อ SPIRIT รุ่น CK101 สำหรับใช้วัดความดันโลหิต ทั้งความดันโลหิตซิสโตลิก (เกณฑ์ปกติ 90-129 mmHg) และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (เกณฑ์ปกติ 60-89 mmHg) ได้รับการสอบเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานทุกปี และมีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของการวัดโดยวิธีการหาความเชื่อมั่นภายในตัวผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย (พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) ได้ค่าเท่ากับ .91

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ วิดีโอพร้อมเสียงบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมจากเบาหวาน คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน แผนการฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงผู้เชี่ยวชาญการใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการจัดการตนเอง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (scale-level content validity index [S-CVI]) เท่ากับ .92, .97, .95, .97, 1 และ .95 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีไตเสื่อมระยะที่ 3 ณ โรงพยาบาลเขาสุมิ อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามารับดี (เอกสารรับรอง เลขที่ COA. NO. MURA2018/593 วันที่ 1 ตุลาคม 2561) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดกาฬสินธุ์/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรองเลขที่ CTIREC 047 วันที่ 10 สิงหาคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เข้าพบหัวหน้าคลินิกเบาหวาน รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาวิธีการและขั้นตอนจนเข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

3. ผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจผลแล็บทางคลินิก ก่อนการทดลอง (pre-test) แล้วบันทึกข้อมูลในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (นอกจากข้อมูลผลแล็บทางคลินิก) และแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนการทดลอง โดยใช้เวลา 15-20 นาที

4. สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการให้ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ดังนี้

ระยะที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ช่วงที่ 1 โดยสนับสนุนการรู้จักตนเอง สร้างความตระหนักและสร้างแรงจูงใจในการชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน เป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินสถานการณ์ ความเข้าใจ

และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ให้เกิดความตระหนัก และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เวลา 25-30 นาที

ระยะที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 1 ช่วงที่ 2 โดยพัฒนาความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรคและชะลอไตเสื่อม ซึ่งเป็นระยะที่ช่วยให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการจัดการตนเอง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากปัญหาของแต่ละบุคคลในกลุ่ม กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมจากเบาหวาน โดยให้ชมวิดีโอพร้อมเสียงบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมจากเบาหวาน และฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้แก่ ฝึกการตั้งเป้าหมาย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค การบันทึกการควบคุมโรคและผลลัพธ์ทางคลินิก การวิเคราะห์สาเหตุของไตเสื่อมและการควบคุมโรคไม่ได้ การตัดสินใจแก้ไข ปัญหา การปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคและชะลอไตเสื่อม และการสะท้อนตนเอง โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 ในช่วงสัปดาห์ที่ 2-11 โดยการสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 5, 7, 9 และ 11 โดยใช้เวลากครั้งละ 15 นาที

ส่วนในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยให้สะท้อนคิดปัญหา และอุปสรรคในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ปฏิบัติตามตลอดทั้งโปรแกรม โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

5. สำหรับกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการให้ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นการให้สุศึกษาทั่วไป เป็นรายกลุ่ม ก่อนส่งเข้าพบแพทย์ โดยใช้เวลา 5-10 นาที ส่วนในช่วงสัปดาห์ที่ 2-11 ให้ปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมโรคด้วยตนเองตามปกติที่บ้าน

6. ในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจผลลัพธ์ทางคลินิก และให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนมีนาคม 2562 เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองและวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานร่วมกับการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ independent *t*-test การเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon matched pairs signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (นอกจากผลลัพธ์ทางคลินิก) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 70 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 71.73 ปี (*SD* = 10.61) และ 73 ปี (*SD* = 10.99) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาดั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 83.33 และ 76.67 ตามลำดับ ประกอบอาชีพที่ไม่ต้องใช้แรงงาน คิดเป็นร้อยละ 56.67 และ 70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 และ 86.67 ตามลำดับ มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และ

53.33 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาเบาหวาน โดยใช้ยาปรับปรุทาน คิดเป็นร้อยละ 86.67 และ 76.67 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.740$, $p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จากเบาหวานต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 2.430$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ($n = 60$)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			<i>t</i>	<i>p</i>
	min - max	<i>M</i>	<i>SD</i>	min - max	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง	19-44	31.73	6.58	40-57	49.90	3.78	14.740	< .001
กลุ่มควบคุม	13-51	30.57	9.12	13-44	29.07	8.39	2.430	.011

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจัดอันดับของค่าน้ำตาล ในเลือดหลังอดอาหาร ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิต ซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่าซีรั่มครีเอตินิน และค่าโปรตีนในปัสสาวะ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .001$, $p < .01$, $p < .05$,

$p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยจัดอันดับ ของค่าอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยจัดอันดับของผลลัพธ์ทางคลินิก ทุกตัวไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจัดอันดับของผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง (n = 60)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p
	min - max	M (SD)	median	min - max	M (SD)	median		
FBS								
กลุ่มทดลอง	81-270	137.60 (41.60)	137.50	80-398	130.53 (58.31)	116.50	-2.100	.018
กลุ่มควบคุม	75-213	119.70 (28.93)	118.50	74-356	127.13 (56.07)	114.00	-.580	.281
HbA1C								
กลุ่มทดลอง	6.20-16.10	8.77 (2.51)	8.10	4.90-10.70	7.16 (1.32)	6.90	-4.560	< .001
กลุ่มควบคุม	5.37-11.10	7.63 (1.67)	7.10	5.15-10.50	7.21 (1.23)	7.05	-.160	.437
SBP								
กลุ่มทดลอง	113-184	138.63 (16.29)	136.50	110-160	129.93 (12.42)	128.50	-2.530	.001
กลุ่มควบคุม	112-170	137.30 (15.30)	136.50	114-170	136.13 (13.54)	136.00	-.400	.345
DBP								
กลุ่มทดลอง	58-97	74.83 (9.35)	73.00	56-97	71.83 (8.35)	71.50	-1.920	.023
กลุ่มควบคุม	58-96	69.80 (10.70)	69.00	57-86	68.37 (9.45)	69.50	-.660	.255
Serum Cr.								
กลุ่มทดลอง	.96-1.78	1.24 (.18)	1.21	.77-1.84	1.10 (.25)	1.09	-3.820	< .001
กลุ่มควบคุม	.95-1.98	1.28 (.26)	1.18	.81-2.25	1.31 (.36)	1.21	-.490	.313
Urine MA								
กลุ่มทดลอง	10-150	82 (59.68)	80.00	10-150	54.67 (53.09)	30.00	-3.920	< .001
กลุ่มควบคุม	10-150	75.33 (52.70)	80.00	10-150	83.33 (65.62)	80.00	-.420	.337
eGFR								
กลุ่มทดลอง	32.23-59.70	9.36 (7.80)	49.27	27.18-78.74	7.29 (12.71)	57.20	-2.010	.023
กลุ่มควบคุม	31.39-59.46	47.07 (7.93)	47.26	24.36-65.62	47.63 (10.40)	49.33	-.730	.232

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.398, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

พฤติกรรม การจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ก่อนการทดลอง	31.73	6.58	30.57	9.12	.560	.577
หลังการทดลอง	49.90	3.78	29.07	8.39	12.398	< .001

5. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจัดอันดับของผลลัพธ์ทางคลินิกเกือบทั้งหมดไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจัดอันดับของค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิก ชีรั่มครีเอตินิน และค่าโปรตีนในปัสสาวะ ลดลง

มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .05$, $p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยจัดอันดับของอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนค่าเฉลี่ยจัดอันดับของค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และความดันโลหิตไดแอสโตลิก พบว่า ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจัดอันดับของผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			Z	p
	M	SD	mean rank	M	SD	mean rank		
	(min - max)		median	(min - max)		median		
FBS								
ก่อนการทดลอง	137.60	41.60	34.58	119.70	28.93	26.42	-1.810	.070
	(81-270)		137.50	(75-213)		118.50		
หลังการทดลอง	130.53	58.31	27.02	127.13	56.07	33.98	-1.550	.061
	(80-398)		116.50	(74-356)		114.00		
HbA1C								
ก่อนการทดลอง	8.77	2.51	36.58	7.16	1.32	24.42	-2.700	.007
	(6.20-16.10)		8.10	(4.90-10.70)		6.90		
หลังการทดลอง	7.63	1.67	22.43	7.21	1.23	38.57	-3.580	< .001
	(5.37-11.10)		7.01	(5.15-10.50)		7.05		

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจัดอันดับของผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 60) (ต่อ)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			Z	p
	M	SD	mean rank	M	SD	mean rank		
	(min - max)		median	(min - max)		median		
SBP								
ก่อนการทดลอง	138.63	16.29	31.25	137.30	15.30	29.75	-.330	.739
	(113-184)		136.50	(112-170)		136.50		
หลังการทดลอง	129.93	12.42	26.08	136.13	13.54	34.92	-1.960	.025
	(110-160)		128.50	(114-170)		136.00		
DBP								
ก่อนการทดลอง	74.83	9.35	34.83	69.80	10.70	26.17	-1.480	.139
	(58-97)		73.00	(58-96)		69.00		
หลังการทดลอง	71.83	8.53	28.47	68.37	9.45	32.53	-.900	.183
	(56-97)		71.50	(57-86)		69.50		
Serum Cr.								
ก่อนการทดลอง	1.24	.18	33.58	1.28	.26	30.42	-.040	.970
	(.96-1.78)		1.21	(.95-1.98)		1.18		
หลังการทดลอง	1.10	.25	22.42	1.31	.36	38.58	-3.590	< .001
	(.77-1.84)		1.09	(.81-2.25)		1.21		
Urine MA								
ก่อนการทดลอง	82.00	59.68	31.33	75.33	52.70	29.67	-.380	.701
	(10-150)		80.00	(10-150)		80.00		
หลังการทดลอง	54.67	53.09	26.05	83.33	65.62	34.95	-2.030	.021
	(10-150)		30.00	(10-150)		80.00		
eGFR								
ก่อนการทดลอง	49.36	7.80	32.72	47.07	7.93	28.28	-.9830	.356
	(32.23-59.70)		49.27	(31.39-59.46)		47.26		
หลังการทดลอง	57.29	12.71	37.57	47.63	10.40	23.43	-3.130	.001
	(27.18-78.74)		57.20	(24.36-65.62)		49.33		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (1991) โดยเริ่มจากการสร้างแรงจูงใจในการตั้งเป้าหมายเพื่อชะลอไตเสื่อม เรียนรู้การฝึกทักษะตาม 6 ขั้นตอน ของ Creer ฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพ และนำไปปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมต่อที่บ้าน ติดตามกระตุ้นการปฏิบัติทางโทรศัพท์ มีการฝึกการสะท้อนตนเองเกี่ยวกับผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และสร้างแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค จนนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องการศึกษาของ Song, Xu, and Sun (2014) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ดุรงทอง (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งใช้การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นแนวคิดหลัก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ เรืองดิษฐ์, และคณะ (2559) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง พบว่า คะแนน

ความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่าซีรั่มครีเอตินิน และค่าโปรตีนในปัสสาวะ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิก ค่าซีรั่มครีเอตินิน และค่าโปรตีนในปัสสาวะ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และความดันไดแอสโตลิก ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและชะลอไตเสื่อมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรม จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ นำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่บ่งบอกการทำงานของไตที่ดีขึ้น ได้แก่ ค่าซีรั่มครีเอตินินและค่าโปรตีนในปัสสาวะลดลง และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zoppini et al. (2012) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของ HbA1C และ eGFR พบว่า ระดับค่า HbA1C มีความสัมพันธ์กับ eGFR หากสามารถควบคุมค่า HbA1C ให้ลดลงได้ ก็จะส่งผลให้ค่าซีรั่มครีเอตินินลดลง และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นด้วย และสอดคล้องกับที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2558) ระบุว่า การควบคุมความดันโลหิตได้ สามารถลดระดับโปรตีนในปัสสาวะ เป็นผลให้ชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยจากเบาหวานได้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ดุรงทอง (2557) ในบางส่วนที่พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่าน้ำตาลในเลือดสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิก ซีรั่มครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมของศิริลักษณ์ ดุรงทอง (2557) มุ่งเน้นการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการจัดการตนเองเน้นในเรื่อง

การรับประทานอาหาร และการใช้ยา โดยไม่มีการจัดการตนเองในด้านอื่น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การจัดการตนเองหลายมิติมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Barrera et al., 2011) ถึงแม้ว่าโปรแกรมดังกล่าวจะมีการติดตามทางโทรศัพท์ แต่ไม่เน้นการสร้างแรงจูงใจทำให้กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น แต่เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการที่ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอธิบายได้ว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ และสะท้อนการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในช่วงเวลาสั้นๆ จึงไม่อาจเป็นเกณฑ์หรือดัชนีชี้วัดในการตัดสินใจการควบคุมโรคเบาหวานได้ ควรมีการพิจารณาเกณฑ์อื่นๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (เอกริตี เจริญบุญกุล, ยุพารัตน์ สุริโย, และปาริย์ ตรีนนท์, 2555) สำหรับความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่ไม่แตกต่างกันนั้น อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตในลักษณะที่ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงมากกว่า 140 mmHg ส่วนความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 mmHg หรือที่เรียกว่า isolated systolic hypertension (ISH) ซึ่งพบว่า มีความชุกร้อยละ 65 ในผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ถึงแม้ว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองจะมีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่ก็มีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลผู้รับผิดชอบงานคลินิกเบาหวาน ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตเสื่อมจากเบาหวานระยะที่ 3 เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหลักสูตรระยะสั้นสำหรับพยาบาลผู้รับผิดชอบงานคลินิกเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง โดยมีการอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงมีทักษะการจัดการตนเอง ร่วมกับเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจัดกลุ่มในทิศทางเดียว เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง ร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยมีการวัดผลเรื่องพฤติกรรมจัดการตนเองในระยะ 6 เดือน ซึ่งเป็นระยะที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิกที่พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่าน้ำตาลหลังอดอาหาร และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ควรมีการศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ หวานคำ. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จินตนา หามาลี, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, และรวีวรรณ เผ่ากัณหา. (2557). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 34(2), 67-85.
- จุฑามาศ เทียนสอาด, และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2559). *การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ แนวคิด และการประยุกต์ใช้* ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *รามาศิบัติพยาบาลสาร*, 22(3), 223-232.

จิณกรณ แดนกาไสย, และเพชรไสว ลิมตระกูล. (2559). การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน ตำบลพระกลางทุ่ง อำเภอลำดวน จังหวัดนครพนม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(2), 6-13.

เบญจมาศ เรืองดิษฐ์, เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์, และชลินดา สะมะแอ. (2559). การพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 194-207.

รัตนภรณ์ จีระวัฒน์, และอภิญา คิริพิทยาคุณกิจ. (2559). การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่กลัวภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดจากการฉีดอินซูลิน: กรณีศึกษา. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 22(3), 233-246.

ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, ชดช้อย วัฒนะ, และพีระพงศ์ กิตติวงค์. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *พยาบาลสาร*, 39(1) 64-76.

วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี, และสุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. (2559). *ตำราโรคไตเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชัน.

วรจกณา พิชัยวงศ์. (2558). โรคไตจากเบาหวาน. *วารสารกรรมการแพทย์*, 40(5), 19-24.

ศรีเพ็ญ สวัสดิ์มงคล. (2559). *รายงานประจำปี 2558 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2557). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final_%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AD_CKD_2015.pdf

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). *แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: ร่มเย็น มีเดีย.

สุภาพ อารีเอื้อ, และพิชญ์ประอร ยังเจริญ. (กำลังจัดพิมพ์). *แบบประเมินสมรรถนะการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย: การทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา*.

อภิรดี เจริญกุล, ยุพารัตน์ สุริโย, และปาริชาติ ดรินนท์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(2), 37-48.

อรวรรณ ประภาศิริป, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธาระวานิช. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. *พยาบาลสาร*, 40(1), 34-48.

Barrera, M., Toobert, D. J., Strycker, L. A., Osuna, D., King, D. K., & Glasgow, R. E. (2011). Multiple-behavior-change interventions for women with type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 24(2), 75-80.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.). *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). San Diego, CA: Academic Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Song, D., Xu, T. Z., & Sun, Q. H. (2014). Effect of motivational interviewing on self-management in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 291-297.
- Zoppini, G., Targher, G., Chonchol, M., Ortalda, V., Negri, C., Stoico, V., & Bonora, E. (2012). Predictors of estimated GFR decline in patients with type 2 diabetes and preserved kidney function. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 7(3), 401-408.
-

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน The Development of Nursing Care Model for Traumatic Brain Injury Patients in Community Hospital

พงษ์เทพ โกชัยพัฒน์, พย.บ. ¹

Pongthep Kochoipath, B.N.S ¹

ลัดดา อินทฤทธิ์, พย.บ. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ²

Ladda Intarit, M.N.S. (Adult Nursing) ²

Received: June 15, 2019

Revised: June 27, 2019

Accepted: June 29, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน และประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาสุกิม จำนวน 15 คน และพยาบาล จำนวน 12 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน แผ่นพับให้ความรู้ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยหรือญาติ มีค่าความเชื่อมั่น .80 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษา/รวบรวมข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการดูแล 2) พัฒนารูปแบบการดูแล 3) ทดลองใช้รูปแบบการดูแล 4) ปรับปรุง/พัฒนารูปแบบการดูแล และ 5) นำรูปแบบการดูแลไปใช้จริง และประเมินประสิทธิผล ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่และร้อยละ และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย การดูแล 4 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรอง การติดตามและการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อ และการจำหน่าย หลังการพัฒนาครั้งที่ 1 ผู้ป่วยเกือบทุกคนได้รับการดูแลไม่ครบถ้วนตามรูปแบบ เนื่องจากผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจรูปแบบอย่างลึกซึ้ง หลังการพัฒนาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลครบถ้วนตามรูปแบบ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลล่าช้า และทุกคนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บทางสมอง

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรุนแรงระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงต่ำและความเสี่ยงปานกลาง

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง โรงพยาบาลชุมชน

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาสุกิม อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

^{1,2} Registered Nurse, Professional Level, Khaosukim Hospital, Thamai District, Chanthaburi Province

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: shambalamaster@gmail.com

Abstract

This research and development aimed to develop a nursing care model for traumatic brain injury patients in community hospital and to examine its effectiveness. The samples were composed of 15 traumatic brain injury patients receiving treatment at an emergency department of Khaosukim Hospital, and 12 registered nurses. The research instruments comprised a nursing care model for traumatic brain injury patients in community hospital, a provider's handbook of nursing care for traumatic brain injury patients in community hospital, a self-education brochure, a recording form of demographic data, an assessment form of nursing care for traumatic brain injury patients in community hospital, and a questionnaire of client satisfaction on nursing care model with the reliability of .80. The implementation and data collection were conducted through 5 steps including: 1) collect and analyze data, 2) develop the model, 3) try out the model, 4) improve and develop the model, 5) test and evaluate the effectiveness of the model from February to April, 2019. Frequency, percentage, and content analysis were used for data analysis.

The research results revealed that the nursing care model for traumatic brain injury patients at community hospital included 4 processes: 1) screening 2) monitoring and continuing care 3) referring and 4) discharge. After implementing the model at the first time, almost traumatic brain injury patients had incomplete nursing care because the providers did not profoundly understand about a nursing care model for traumatic brain injury patients. After using the second developed model, all traumatic brain injury patients received complete care, and had no complications from delayed medical treatment and did not have complications from brain injury.

This research suggests that the registered nurses in community hospitals should apply this nursing care model for traumatic brain injury patients as a guideline for care and preventing complications in traumatic brain injury patients, especially in those with low risk and moderate risk in mild traumatic brain injuries.

Keywords: Nursing care model, Traumatic brain injury, Community hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury [TBI]) หมายถึง การบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือเกิดพยาธิสภาพในสมอง เนื่องจากมีแรงภายนอกสมองมากระทบ (สวิง ปันจัยสิทธิ์, นครชัย เพื่อนุปฐม, และกุลพัฒน์ วีรสาร, 2556) การบาดเจ็บทางสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท สำหรับประเทศไทย ในปี 2559 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเท่ากับ 36.20 ราย

ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียน และสูงเป็นอันดับสองของโลก (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) ผู้ที่บาดเจ็บมักมีอายุระหว่าง 15-29 ปี อยู่ในวัยเรียนและวัยทำงาน มีความสำคัญต่อประเทศชาติ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองรุนแรงมักเสียชีวิต หากรอดชีวิตมักเกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (สวิง ปันจัยสิทธิ์ และคณะ, 2556)

ความรุนแรงจากการบาดเจ็บทางสมองนั้น ขึ้นอยู่กับแรงที่กระทำและสมองส่วนที่ได้รับผลกระทบ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางสมองอาจหมดสติหรือไม่ก็ได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีอาการหมดสติอาจไม่ใช่ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับรุนแรงทุกราย (National Institute of Child Health and Human Development [NICHD], 2016) เครื่องมือที่สามารถประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมอง คือ Glasgow Coma Scale (GCS) ซึ่งนับเป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับกันแพร่หลาย 15 คะแนน สามารถแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมองออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่รุนแรง (mild) (GCS = 13-15 คะแนน) ระดับปานกลาง (moderate) (GCS = 9-12 คะแนน) และระดับรุนแรง (severe) (GCS ≤ 8 คะแนน) (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2551; สวิง ปันจยัสสีห์ และคณะ, 2556) ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่พบส่วนใหญ่ ร้อยละ 70-80 มีความรุนแรงระดับไม่รุนแรง อาการผิดปกติที่พบ เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว ซึ่งตามแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถรับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนได้ โดยรับไว้ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 24 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองบวม หากไม่พบอาการผิดปกติ แพทย์จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (สวิง ปันจยัสสีห์ และคณะ, 2556) โดยกรณีบาดเจ็บไม่รุนแรง ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลจะต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและสังเกตอาการผิดปกติของภาวะแทรกซ้อนทางสมองอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาที่จะเกิดภาวะเลือดออกในสมองได้ภายในระยะ 3 สัปดาห์หลังได้รับบาดเจ็บทางสมอง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง หากผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองได้ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองที่รุนแรง (บุบผา ลาภทวี และจิณพิชญ์ชา มะมม, 2558) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางสมองระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงเกือบทุกราย มักมีภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออก

ในสมองหรือสมองบวม ซึ่งมีความรุนแรงมากและเป็นอันตรายต่อชีวิต เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จึงจำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและดูแลรักษาเบื้องต้นอย่างเร่งด่วน แล้วรีบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างรวดเร็ว (สวิง ปันจยัสสีห์ และคณะ, 2556) หากการส่งต่อล่าช้า อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว และมีอาการเลวลงอย่างรวดเร็ว กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดสมอง หากระยะเวลาตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเกิน 4 ชั่วโมง มักส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวของผู้ป่วยลดลง และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลาไม่เกิน 4 ชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวที่ดีและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง (วิบูลย์ เตชะโกศล, 2557) ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญ โดยอาศัยแนวทางเวชปฏิบัติเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลการดูแลรักษาที่ดี และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางสมองมากที่สุด (สวิง ปันจยัสสีห์ และคณะ, 2556)

จากข้อมูลที่กำลังมาข้างหน้า จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองมีความสำคัญอย่างยิ่ง จึงควรมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรมีการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องอยู่เสมอ เมื่อบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแล้ว ย่อมส่งผลให้มีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดี และยังเป็นการพัฒนากระบวนการอีกด้วย (วิบูลย์ เตชะโกศล, 2557) ดังการศึกษาของรัตนากองสุทธิผล และอริยวราณ วรรณสีทอง (2560) ที่ศึกษาผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุชาย โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและภาวะเลือดออกในสมอง ร้อยละ 100 ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ร้อยละ 100 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการสำคัญที่ต้องกลับมาพบแพทย์ซ้ำในระดับปานกลาง และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบาย

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยในระดับสูง และ การศึกษาของอัญชลี ถิ่นเมืองทอง, อรทัย ศิลป์ประกอบ, ศรียรรณ มินบุญ, และเขาวรัตน์ รุ่งสว่าง (2559) ที่ศึกษา การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจาก อุบัติเหตุทางถนนในโรงพยาบาลปทุมธานีโดยใช้แนวคิด การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีผลการรักษาที่ดี จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ทีมการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ปฏิบัติการพยาบาล ได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ จากการศึกษาข้างต้นเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บทางสมองในระดับโรงพยาบาลศูนย์ที่มีศักยภาพสูง มีบุคลากรเพียงพอ และมีทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการทบทวน วรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งการนำรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาแล้วมาใช้ในโรงพยาบาล ชุมชนขนาดเล็กอาจจำเป็นต้องปรับปรุงหรือพัฒนาเพื่อ ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดและสอดคล้องกับบริบทของ โรงพยาบาลมากขึ้น

โรงพยาบาลเสาศูภูมิ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดจันทบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ให้บริการผู้ป่วย เจ็บป่วยทั่วไป และฉุกเฉิน สำหรับงานห้องอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน มีผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมารับบริการตลอด 24 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรเป็นกลุ่มที่มารับบริการ มากที่สุด และมีการบาดเจ็บบริเวณศีรษะและแขนขา ในปี 2559 พบผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเล็กน้อยที่มีความเสี่ยง ระดับปานกลางมารับบริการ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน จากนั้นอีก 1 สัปดาห์ต่อมา ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่าง ผลการตรวจ พบว่ามีเลือดออกในสมอง หลังการรักษา ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยในปี 2559 มีผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองมารับบริการ ทั้งสิ้น 128 ราย แบ่งออกเป็นผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บระดับ ไม่รุนแรง ร้อยละ 89.84 ระดับปานกลาง ร้อยละ 4.69 และ ระดับรุนแรง ร้อยละ 5.47 (งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิเวศ โรงพยาบาลเสาศูภูมิ จังหวัดจันทบุรี, 2559) โดยโรงพยาบาลมีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้รับ

บาดเจ็บที่ศีรษะ ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 แต่ยังพบปัญหาความไม่ครอบคลุม และไม่ครบถ้วนของการบันทึกทางการแพทย์ และการปฏิบัติ ที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการดูแลระหว่างการสังเกตอาการ และการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ซึ่งส่งผล ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบท ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีความจำกัดด้านบุคลากร ทำให้ มีการหมุนเวียนพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานอื่น เช่น งานผู้ป่วยนอก หรืองานห้องคลอด มาปฏิบัติงานในแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเฉพาะในช่วงนอกเวลาราชการ ซึ่งบุคลากรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานประจำและไม่ได้รับการอบรม พื้นฟูเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเป็นระยะ เช่นเดียวกับผู้ที่ปฏิบัติงานประจำ อาจส่งผลต่อความชำนาญ ในการปฏิบัติการดูแล รวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติที่แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ ประกอบกับ มีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกความเสียที่ไม่ครอบคลุม และหน่วยงานยังไม่มีคู่มือสำหรับใช้เป็นแนวทางการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติในแนวทาง เดียวกัน เป็นผลให้ผู้ป่วยบางรายเกิดอาการผิดปกติที่บ้าน และญาติต้องพาผู้ป่วยมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล หรือ พาไปสถานพยาบาลเอกชนเพื่อรับการรักษาเพิ่มเติม ซึ่งนอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยใน ด้านความปลอดภัยต่อชีวิตแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และอาจทำให้ลด ความเชื่อมั่นต่อคุณภาพการดูแลของหน่วยงานจากผู้รับ บริการ ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพทุกระดับใน การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่มารับบริการ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการปฏิบัติงานอย่างมี มาตรฐานและเป็นรูปแบบเดียวกัน โดยมุ่งหวังว่าจะก่อ ให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

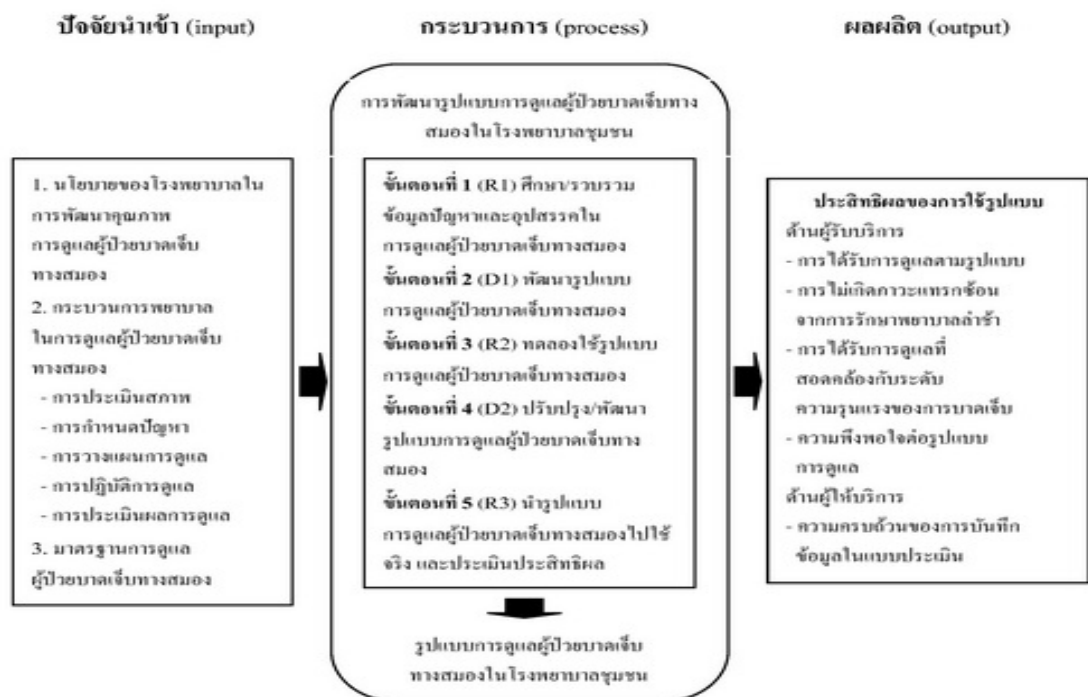
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทาง สมองในโรงพยาบาลชุมชน

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน ต่อการได้รับการดูแลตามรูปแบบ การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลล่าช้า การได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมอง ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยหรือญาติ และความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยนำแนวคิดของทฤษฎีระบบของ Katz and Kahn (1978) มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (input) คือ นโยบายของโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง 2) กระบวนการ (process) แบ่งออก

เป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษา/รวบรวมข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุง/พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน และขั้นตอนที่ 5 นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองไปใช้จริง และประเมินประสิทธิผล และ 3) ผลผลิต (output) เป็นประสิทธิผลของการใช้รูปแบบ แบ่งออกเป็นด้านผู้รับบริการ ได้แก่ การได้รับการดูแลตามรูปแบบ การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลล่าช้า การได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล และด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในแบบประเมิน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D])

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสาศุภิม อำเภอกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2562 และกลุ่มที่ 2 เป็นพยาบาลที่มาปฏิบัติหน้าที่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มที่ 1: 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุและได้รับบาดเจ็บโดยตรงที่ศีรษะ 2) ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะภายในเวลา 24 ชั่วโมง 3) ผู้ป่วยหรือญาติสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ผู้ป่วยหรือญาติยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มที่ 2: ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 จำนวนทั้งสิ้น 15 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบจำนวน 5 คน และในขั้นตอนการนำรูปแบบไปใช้จริงจำนวน 10 คน และได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 จำนวน 12 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของทฤษฎีระบบของ Katz and Kahn (1978) ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต โดยเริ่มจากการพัฒนารูปแบบชั่วคราว (การพัฒนาครั้งที่ 1) แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง พบว่า ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลไม่ครบถ้วน และผู้ปฏิบัติไม่สามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้ถูกต้อง จากนั้นมีการปรับปรุงรูปแบบ จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่สมบูรณ์ (การพัฒนาครั้งที่ 2) เพื่อนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บของสภากายวิเทศศาสตร์ และคณะ

(2556) สถาบันสุขภาพแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Health) แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ปี ค.ศ. 2016 ของสถาบันพัฒนาสุขภาพเด็กและพัฒนาการของมนุษย์แห่งชาติ (NICHD) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ปี ค.ศ. 2015 ของสถาบันความผิดปกติด้านประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorders and Stroke) โดยคู่มือประกอบด้วย การปฏิบัติ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรอง (screening) การติดตามและการดูแลต่อเนื่อง (monitoring and continuing care) การส่งต่อ (refer) และการจำหน่าย (discharge)

3. แผ่นพับให้ความรู้ เรื่อง การบาดเจ็บทางสมอง คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง สำหรับใช้เป็นเอกสารแนะนำในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติทางสมองต่อที่บ้าน

4. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการบาดเจ็บทางสมอง ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการใช้สารเสพติด จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

5. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ อายุงาน และหน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่ จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

6. แบบประเมินการปฏิบัติตามการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน คณะผู้วิจัยพัฒนาจากแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บของสภากายวิเทศศาสตร์ และคณะ (2556) ครอบคลุมการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรอง การติดตามและการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อ และการจำหน่าย ประกอบด้วยข้อคำถามใหญ่ ขั้นตอนละ 1 ข้อ รวมจำนวน 4 ข้อ แต่ละข้อมีข้อคำถามย่อย มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ และแบบตรวจสอบรายการ (check list) เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากบันทึกครบทุกข้อคำถามย่อย

ในแต่ละขั้นตอน ให้ 1 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 4 คะแนน

7. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยหรือญาติ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่พอใจมาก ไม่พอใจ พอใจน้อย จนเกือบจะไม่พอใจ พอใจ และพอใจมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อย (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับมาก (3.67-5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือั้น คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 7 ชิ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ และพยาบาลหัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (2 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของเครื่องมือแต่ละชิ้น เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชนไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาสวกุม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน มีผู้สังเกต 2 คน หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง ได้ค่าเท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (inter-rater reliability) ได้ค่าเท่ากับ 1 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยหรือญาติ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองหรือญาติ ที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาสวกุม จำนวน 6 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 075 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2561) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอน

การวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (R1) ศึกษา/รวบรวมข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง โดยดำเนินการดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของคณะผู้วิจัยเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย แนวปฏิบัติ และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

1.2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงานปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองจากการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ใช้อยู่เดิม

1.3 สอบถามผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองหรือญาติ ที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง

ขั้นตอนที่ 2 (D1) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาวางแผนเพื่อแก้ปัญหาที่พบ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองชั่วคราว (การพัฒนาครั้งที่ 1) โดยดำเนินการดังนี้

2.1 วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองจากการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ใช้อยู่เดิม รวมทั้งแนวทางการแก้ปัญหาที่ผ่านมา ร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาล พบปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในทุกขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรอง การติดตามและการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อ และการจำหน่าย

2.2 จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรอง การติดตามและการดูแลต่อเนื่อง

การส่งต่อ และการจำหน่าย โดยอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ของการดูแลอย่างละเอียด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่สามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง และเป็นแนวทางเดียวกัน

2.3 จัดทำแผนพับให้ความรู้ เรื่อง การบาดเจ็บทางสมอง สำหรับให้ผู้ป่วยและญาติใช้ในการสังเกตอาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนทางสมองที่บ้าน

2.4 จัดทำแบบประเมินการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ประเมินตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเริ่มจากขั้นตอนการคัดกรอง ซึ่งเป็นการประเมินสภาพเบื้องต้น และแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามปัจจัยเสี่ยง ส่วนในขั้นตอนการติดตามและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามกิจกรรมการรักษาพยาบาลระหว่างที่สังเกตภาวะแทรกซ้อนทางสมอง จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน หากพบอาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนทางสมองที่ควรส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของการส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 3 (R2) ทดลองใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน โดยจัดประชุมทีมแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อชี้แจง อธิบายขั้นตอนและวิธีการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน และแบบประเมินการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน เปิดโอกาสให้มีการซักถาม และตอบข้อสงสัยจนกว่า ทีมแพทย์และพยาบาลจะสามารถใช้รูปแบบการดูแลและแบบประเมินได้อย่างถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน จากนั้นทดลองใช้รูปแบบการดูแลกับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองจำนวน 5 คน โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยเมื่อมาถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนกระทั่งการส่งต่อหรือการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับไม่รุนแรง (mild TBI)

1.1 กลุ่ม low risk ในกรณีที่ผู้ป่วยมีศีรษะฟกช้ำ บวม หรือมีแผลฉีกขาด แพทย์ให้การรักษา

พยาบาลตรวจวัดสัญญาณชีพ GCS, motor power และ oxygen saturation ซักถามอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ทุก 1 ชั่วโมง หลังสังเกตอาการครบ 2 ชั่วโมง หากไม่พบอาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนทางสมอง แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และนัดมาติดตามอาการในวันถัดไป พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนทางสมองต่อที่บ้านตามแผนพับ ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีศีรษะฟกช้ำ บวม หรือมีแผลฉีกขาด แพทย์ให้การรักษา จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และนัดมาติดตามอาการในวันถัดไป พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนทางสมองต่อที่บ้านตามแผนพับ แล้วจึงให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

1.2 กลุ่ม moderate risk หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้น พยาบาลจัดให้นอนสังเกตอาการผิดปกติทางสมองที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นเวลา 2 ชั่วโมง งดน้ำและอาหาร ตรวจวัดสัญญาณชีพ GCS, motor power และ oxygen saturation ซักถามอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ทุก 1 ชั่วโมง เมื่อครบกำหนดเวลา หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง พยาบาลประเมินอาการและจัดระดับความรุนแรงตามความเสี่ยงอีกครั้ง รวมทั้งรายงานแพทย์ทราบ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง ส่งเข้าหอผู้ป่วยใน เพื่อสังเกตอาการทางสมองต่อจนครบ 24 ชั่วโมง

1.3 กลุ่ม high risk ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน พยาบาลตรวจวัดสัญญาณชีพ GCS, motor power และ oxygen saturation งดน้ำและอาหาร และเตรียมส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ภายในเวลา 30 นาที

2. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับปานกลาง (moderate TBI) และระดับรุนแรง (severe TBI) ผู้ป่วยได้รับการดูแลในส่วน primary survey เกี่ยวกับทางเดินหายใจ (airway) การหายใจ (breathing) และการไหลเวียนโลหิต (circulation) เฝ้าระวัง C-spine injury โดยทำ neck stabilization ทุกราย และเตรียมส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ภายในเวลา 30 นาที

ทั้งนี้ ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชนพบว่า เกณฑ์การคัดกรองประเภทของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ซึ่งมีความแตกต่างกันในบางส่วนระหว่างแนวทางปฏิบัติในประเทศไทย คู่มือการดูแลในหัวข้อ moderate TBI และ severe TBI เขียนกิจกรรมสั้นเกินไป เนื่องจากต้องการความกระชับไม่ซ้ำซ้อนกับกิจกรรมที่ได้กล่าวไว้แล้วในหัวข้อที่ผ่านมา จึงไม่ต้องการกล่าวซ้ำอีก แบบประเมินบางข้อใช้ภาษาที่เข้าใจยาก เนื่องจากแปลจากงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น คำว่า อาเจียนน้อยกว่า 2 ครั้ง และอาเจียนมากกว่า 2 ครั้ง การบันทึกข้อมูลในแบบประเมินยังไม่ครบถ้วน อาจเนื่องจากในแนวทางเดิมนั้นผู้ปฏิบัติไม่ได้ปฏิบัติเมื่อพัฒนารูปแบบการดูแลขึ้นจึงยังไม่คุ้นชิน เช่น การวัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ส่วนการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้วนั้น ผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่าไม่จำเป็นต้องทำในผู้ป่วยทุกรายและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ควรตรวจเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นเบาหวานหรือผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกลดลง และการส่งต่อผู้ป่วยยังล่าช้ากว่าเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากมีการตรวจวินิจฉัยหลายอย่างและไม่ได้คำนึงถึงความเหมาะสมด้านเวลา

ขั้นตอนที่ 4 (D2) ปรับปรุง/พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน (การพัฒนาครั้งที่ 2) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดกรองประเภทของผู้ป่วยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ปรับปรุงภาษาในคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองและแบบประเมินการปฏิบัติ การพยาบาล เน้นย้ำให้ปฏิบัติตามรูปแบบและบันทึกข้อมูลในแบบประเมินอย่างครบถ้วน และให้ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็วภายในเวลาที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 5 (R3) นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชนที่สมบูรณ์ไปใช้จริง และประเมินประสิทธิผล โดยนำรูปแบบการดูแลไปใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง จำนวน 10 คน โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยเมื่อมาถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนกระทั่งการส่งต่อหรือการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จากนั้นประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน 2 ด้าน คือ ด้านผู้รับ

บริการ ได้แก่ การได้รับการดูแลตามรูปแบบ การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลล่าช้า การได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมอง และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยหรือญาติ และด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในแบบประเมินการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในแบบประเมินการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง

1.1.1 ขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบ (จำนวน 5 คน) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 60 เป็นนักเรียน/นักศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ไม่มีรายได้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80 ทุกคนไม่มีประวัติการบาดเจ็บทางสมอง คิดเป็นร้อยละ 100 ทุกคนไม่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 100 และทุกคนไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 100

1.1.2 ขั้นตอนการนำรูปแบบไปใช้จริง (จำนวน 10 คน) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุอยู่ในช่วง 20-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80 ทุกคน

ไม่มีประวัติการบาดเจ็บทางสมอง คิดเป็นร้อยละ 100 ทุกคนไม่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 100 และทุกคนไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 100

1.2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล พบว่า ทุกคนเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 91.67 มีอายุงาน 5 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 91.67 และหน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่ ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 50 ห้องคลอด คิดเป็นร้อยละ 33.33 และงานผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 16.67

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การดูแล 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรอง (screening) เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลเริ่มการคัดกรองตาม primary survey โดยซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น ประเมินระดับความรู้สึกตัว วัดสัญญาณชีพและความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ฉะเลือดตรวจระดับน้ำตาล ประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ รายงานแพทย์ และให้การพยาบาล แพทย์ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยเพิ่มเติมตาม secondary survey

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามและการดูแลต่อเนื่อง (monitoring and continuing care) พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ดังนี้

- ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงต่ำ (low risk- mild TBI) ในรายที่ไม่มีบาดแผลหรือรอยฟกช้ำบริเวณศีรษะ ไม่มีอาการปวดศีรษะหรืออาเจียน GCS = 15 คะแนน motor power = grade 5, pupil 2 ข้าง เท่ากัน แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก่อนจำหน่าย พยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้านและอาการผิดปกติของภาวะแทรกซ้อนทางสมองที่ต้องสังเกต ผู้ป่วยและญาติลงชื่อรับทราบข้อมูล

และรับแผนพับให้ความรู้กลับบ้าน ส่วนในรายที่มีบาดแผลหรือรอยฟกช้ำบริเวณศีรษะ ได้รับการสังเกตอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทางสมองเป็นเวลา 2 ชั่วโมง พยาบาลประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมิน GCS วัดสัญญาณชีพและซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการผิดปกติของภาวะแทรกซ้อนทางสมองทุก 1 ชั่วโมง เมื่อครบ 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดศีรษะ อาเจียน หรือซึมลง GCS = 15 คะแนน motor power = grade 5, pupil 2 ข้าง เท่ากัน แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ก่อนจำหน่าย พยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้านและอาการผิดปกติของภาวะแทรกซ้อนทางสมองที่ต้องสังเกต ผู้ป่วยและญาติลงชื่อรับทราบข้อมูล และรับแผนพับให้ความรู้กลับบ้าน

- ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงปานกลาง (moderate risk- mild TBI) คือ ผู้ป่วยที่มี GCS = 13-14 คะแนน หรือ GCS = 15 คะแนน ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ มีประวัติสลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ อาเจียน 1 ครั้ง ไข้ยากล่อมประสาทหรือดื่มสุราก่อนมารับประทานยากล่อมละลายลิ้มเลือดหรือขาดเลือดอยู่ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยนอนสังเกตอาการผิดปกติทางสมองที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเวลา 2 ชั่วโมง พยาบาลประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมิน GCS วัดสัญญาณชีพ และซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการผิดปกติของภาวะแทรกซ้อนทางสมองทุก 1 ชั่วโมง เมื่อครบ 2 ชั่วโมง หากผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะหรืออาเจียน GCS = 15 คะแนน motor power = grade 5, pupil 2 ข้าง เท่ากัน พยาบาลส่งผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยใน

- ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงสูง (high risk- mild TBI) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมลง GCS = 13-14 คะแนน หรือลดลงจากเดิม 2 คะแนน motor power ลดลง pupil 2 ข้าง ไม่เท่ากัน อาเจียน 2 ครั้งขึ้นไป พูดไม่ชัด การทรงตัวผิดปกติ กลืนลำบาก การมองเห็นผิดปกติ ชัก สงสัยว่ามี open skull fracture หรือ skull base fracture พยาบาลรายงานแพทย์ทราบทันที ผู้ป่วยที่มีความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 94% ได้รับออกซิเจนทดแทน

แบบ mask with bag ด้วยอัตราการไหลของออกซิเจน 11 ลิตรต่อนาที ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ งดน้ำและอาหาร และห้ามเลือดที่บาดแผล พยาบาลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เตรียมรถพยาบาลและอุปกรณ์ช่วยชีวิต ดูแล neck stabilization ตลอดเวลา เคลื่อนย้ายด้วยแผ่นรองหลัง (long spinal board) หรือเปลตัก (scoop stretcher) และส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าภายในเวลา 30 นาที

- ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับปานกลาง (moderate TBI) คือ ผู้ป่วยที่มี GCS = 9-12 คะแนน พยาบาลรายงานแพทย์ทราบทันที ผู้ป่วยที่มีความอัมตัมของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 94% ได้รับออกซิเจนทดแทนแบบ mask with bag ด้วยอัตราการไหลของออกซิเจน 11 ลิตรต่อนาที งดน้ำและอาหาร พยาบาลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ห้ามเลือดที่บาดแผล วัดสัญญาณชีพ ประเมิน GCS, pupil ทุก 30 นาที เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ดูแล neck stabilization ตลอดเวลา เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยแผ่นรองหลังหรือเปลตัก เตรียมรถพยาบาลและอุปกรณ์ช่วยชีวิต และส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าภายในเวลา 30 นาที

- ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับรุนแรง (severe TBI) คือ ผู้ป่วยที่มี GCS = 3-8 คะแนน พยาบาลรายงานแพทย์ทราบทันที แพทย์ช่วยหายใจด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ แก่ผู้ป่วย พยาบาลใช้ self-inflating bag ต่อออกซิเจน อัตราการไหลของออกซิเจน 15 ลิตรต่อนาที บีบช่วยหายใจ 10 ครั้งต่อนาที พยาบาลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ งดน้ำและอาหาร ห้ามเลือดที่บาดแผล วัดสัญญาณชีพ ประเมิน GCS, pupil ทุก 15 นาที เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ดูแล neck stabilization ตลอดเวลา เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยแผ่นรองหลังหรือเปลตัก เตรียมรถพยาบาลและอุปกรณ์ช่วยชีวิต และส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าภายในเวลา 30 นาที

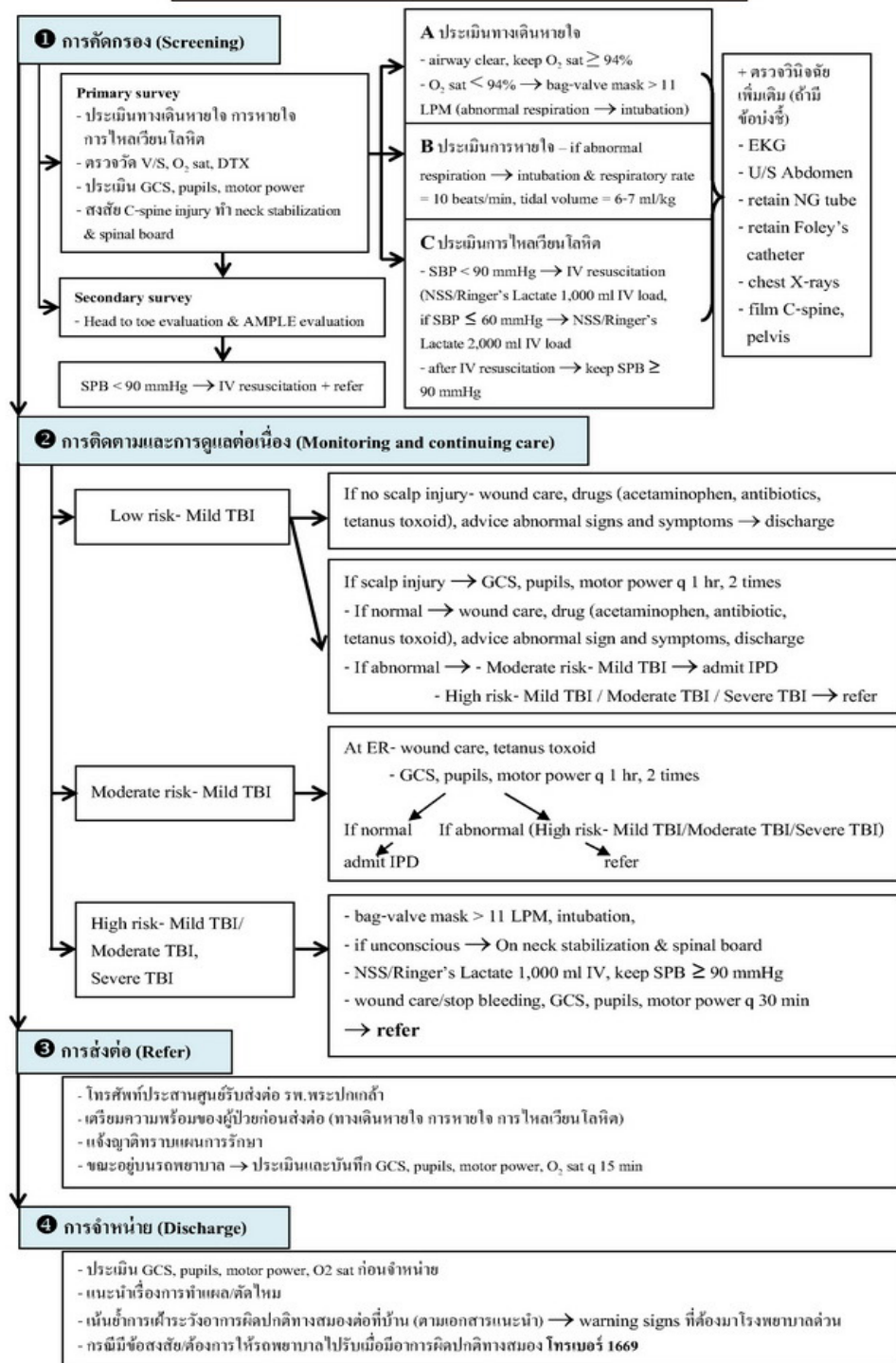
ขั้นตอนที่ 3 การส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ต้องส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทันที คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย

ที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับปานกลาง และผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองได้สูง ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงต่ำ และที่มีความเสี่ยงปานกลาง หากมีอาการผิดปกติของภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะมาก อาเจียน 2 ครั้งขึ้นไป ชีพจร GCS = 13-14 คะแนน หลังสังเกตอาการนาน 1-2 ชั่วโมง หรือ GCS ลดลง 2 คะแนน ชัก พยาบาลรายงานแพทย์ ประสานงานกับศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เตรียมรถพยาบาลและอุปกรณ์ช่วยชีวิต เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยแผ่นรองหลังหรือเปลตัก ดูแล neck stabilization ตลอดเวลา และส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าภายในเวลา 30 นาที ขณะเคลื่อนย้าย พยาบาลวัดสัญญาณชีพ ประเมิน GCS, pupil และสังเกตอาการผิดปกติอื่นๆ ของผู้ป่วยทุก 15-30 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การจำหน่าย (discharge) หลังจาก que ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองได้รับการดูแลตามขั้นตอนข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยที่มี GCS = 15 คะแนน motor power = grade 5, pupil 2 ข้าง เท่ากัน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะหรืออาเจียน และไม่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นที่จำเป็นต้องส่งต่อ แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก่อนจำหน่าย พยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้านในเรื่อง การดูแลบาดแผล การรับประทานยา และอาการรบกวนและวิธีบรรเทาอาการรบกวน พยาบาลเน้นย้ำถึงอาการผิดปกติสำคัญที่ผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาล ได้แก่ ชีพจรหรือไม่รู้สึกดาว กระสับกระส่าย ชัก การพูดหรือพฤติกรรมผิดปกติ เจ็บขาอ่อนแรง ปวดศีรษะมาก อาเจียน มีไข้ มีน้ำใสหรือมีเลือดปนออกจากหู จมูก หรือลงคอ เวียนศีรษะ ตาพร่า เห็นภาพซ้อน ผู้ป่วยและญาติลงชื่อรับทราบข้อมูล และรับแผ่นพับให้ความรู้กลับบ้าน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน แสดงในแผนภาพต่อไปนี้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน



3. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน

3.1 ด้านผู้รับบริการ หลังการพัฒนาครั้งที่ 1
ในขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบ ใช้เวลา 1 เดือน มีผู้ป่วย
จำนวน 5 คน พบว่า ทีมปฏิบัติงานยังไม่สามารถปฏิบัติตาม
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนทั้ง 4 ขั้นตอน
ได้แก่ 1) ขั้นตอนการคัดกรอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พบ
การบันทึกเกี่ยวกับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด
และระดับน้ำตาลในเลือด (4 คน) 2) ขั้นตอนการติดตาม
และการดูแลต่อเนื่อง พบผู้ป่วย 1 คน ที่ผลการประเมิน
การบาดเจ็บทางสมองเป็น moderate risk- mild TBI
แต่ไม่ได้รับไว้ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน
จากการติดตาม ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมอง
3) ขั้นตอนการส่งต่อ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น low risk-
mild TBI จำนวน 4 คน และ moderate risk- mild
TBI จำนวน 1 คน และไม่พบการบาดเจ็บอื่นร่วมด้วย
จึงไม่ได้ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
และ 4) ขั้นตอนการจำหน่าย ผู้ป่วยทุกคนได้รับการจำหน่าย
กลับบ้าน โดยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ
จากภาวะแทรกซ้อนทางสมองที่บ้าน แต่ทีมปฏิบัติงาน
ไม่ได้บันทึกค่าสัญญาณชีพ เวลาจำหน่าย ผู้ป่วยทุกคน
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลล่าช้า

หลังการพัฒนาครั้งที่ 2 ในขั้นตอนการนำ
รูปแบบไปใช้จริง ใช้เวลา 2 เดือน มีผู้ป่วยจำนวน 10 คน
พบว่า ผู้ป่วยคนที่ 1 และคนที่ 2 ยังไม่ได้รับการดูแลอย่าง
ครบถ้วน คือ คนที่ 1 ไม่ได้รับการเจาะระดับน้ำตาลในเลือด
และคนที่ 2 ไม่ได้ลงเวลาจำหน่าย ส่วนผู้ป่วยคนที่ 3-10
ได้รับการดูแลครบถ้วนตามรูปแบบ โดยมีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อ
จำนวน 2 คน ซึ่งได้รับการส่งต่อภายในเวลา 30 นาที
ผู้ป่วยทุกคนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล
ล่าช้า ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรง
ของการบาดเจ็บทางสมอง ไม่ต้องกลับมาพบแพทย์ซ้ำ
หลังจำหน่าย และผู้ป่วยหรือญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน
ในระดับมาก ($M = 4.80, SD = .42$)

3.2 ด้านผู้ให้บริการ หลังการพัฒนาครั้งที่ 1
จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานพบว่า ยังไม่เข้าใจวิธี

การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาล
ชุมชน โดยเฉพาะขั้นตอนการคัดกรองและขั้นตอน
การจำหน่าย ซึ่งมีรายละเอียดมากขึ้นจากเดิม คือ การวัด
ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และการตรวจระดับ
น้ำตาลในเลือด โดยเข้าใจว่าไม่ต้องตรวจทุกคน โดยเฉพาะ
ในรายที่บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย เพราะเห็นว่าสิ้นเปลือง
ค่าใช้จ่าย ไม่ได้ตรวจสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ระหว่างที่
สังเกตอาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนทางสมองและ
ก่อนจำหน่าย มีการประเมินอาการทางระบบประสาท
ไม่ครบถ้วน และไม่ลงเวลาจำหน่าย โดยให้เหตุผลว่าภาระงาน
มาก สิ้น และในช่วงพักกลางวัน ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อย
คณะผู้วิจัยจึงได้อธิบายและเน้นย้ำขั้นตอนการใช้รูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชนอีกครั้ง
โดยเน้นการปฏิบัติทุกข้อในแต่ละขั้นตอน เมื่อติดตามผล
การใช้รูปแบบเป็นระยะพบว่า ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญ
ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาล
ชุมชนมากขึ้น และปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ จนครบถ้วน
ทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดกรอง การติดตามและการดูแล
ต่อเนื่อง การส่งต่อ และการจำหน่าย

4. การเปรียบเทียบความครบถ้วนของการบันทึก
ข้อมูลในแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ
ทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน หลังการพัฒนาครั้งที่ 1
และหลังการพัฒนาครั้งที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนาครั้งที่ 1
ซึ่งเป็นขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบกับผู้ป่วยจำนวน 5 คน
มีการบันทึกข้อมูลในแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล
ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชนไม่ครบถ้วน
โดยเฉพาะในขั้นตอนการจำหน่าย ที่มีความครบถ้วน
ของการบันทึกเพียงร้อยละ 60 ส่วนขั้นตอนการส่งต่อ
เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อ จึงไม่ได้ประเมิน

หลังการพัฒนาครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นขั้นตอนการนำ
รูปแบบไปใช้จริงกับผู้ป่วยจำนวน 10 คน พบว่า ร้อยละ
ของความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในแบบประเมิน
การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาล
ชุมชนเพิ่มขึ้นในทุกขั้นตอน โดยในขั้นตอนการติดตาม
และการดูแลต่อเนื่อง และขั้นตอนการส่งต่อ มีความครบถ้วน
ของการบันทึกร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล
ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน หลังการพัฒนาครั้งที่ 1 และหลังการพัฒนาครั้งที่ 2

ขั้นตอนการปฏิบัติ	ร้อยละของความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในแบบประเมิน	
	หลังการพัฒนาครั้งที่ 1 (n = 5)	หลังการพัฒนาครั้งที่ 2 (n = 10)
การคัดกรอง	80.00	98.89
การติดตามและการดูแลต่อเนื่อง	80.00	100.00
การส่งต่อ	-	100.00
การจำหน่าย	60.00	98.00

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชนที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของทฤษฎีระบบของ Katz and Kahn (1978) มีประสิทธิผลโดยผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบดังกล่าวทั้ง 10 คน ได้รับการปฏิบัติครบถ้วนทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการคัดกรอง ขั้นตอนการติดตามและการดูแลต่อเนื่อง ขั้นตอนการส่งต่อ และขั้นตอนการจำหน่าย ทั้งนี้เนื่องจากทีมแพทย์และพยาบาลที่มาปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาสวกุม ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชนที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองนั้นจำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและต้องพัฒนาแนวทางปฏิบัติเป็นระยะ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล (Johnson & Griswold, 2017) ดังการวิจัยครั้งนี้ ที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน รวม 2 ครั้ง โดยหลังการพัฒนาครั้งที่ 1 พบว่าการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองยังไม่ครบถ้วนในขั้นตอนการคัดกรอง ขั้นตอนการติดตามและการดูแลต่อเนื่อง และขั้นตอนการจำหน่าย ส่วนขั้นตอนการส่งต่อ ไม่มีการบันทึก เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อ

คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองอีกครั้ง โดยปรับปรุงและแก้ไขข้อบกพร่องในคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง เนื่องจากพบว่า คู่มือการดูแลในหัวข้อ moderate TBI และ severe TBI เขียนกิจกรรมสั้นเกินไป แบบประเมินบางข้อใช้ภาษาที่เข้าใจยาก โดยแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยควรใช้ภาษาที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย มีความชัดเจน (วิบูลย์ เศรษฐโกศล, 2557) ซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง (Dams-O'Connor, Landau, Hoffman, & St De Lore, 2018) ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติและเน้นย้ำผู้ปฏิบัติอีกครั้งหลังการพัฒนาครั้งที่ 2 จึงทำให้ร้อยละของความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นในทุกขั้นตอน โดยขั้นตอนการติดตามและการดูแลต่อเนื่อง และขั้นตอนการส่งต่อ พบว่า มีความครบถ้วนของการบันทึกร้อยละ 100 และพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองทุกคนได้รับการดูแลตามรูปแบบ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลล่าช้า ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมอง และผู้ป่วยหรือญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมาก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิบูลย์ เศรษฐโกศล (2557) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบทางด่วน

พิเศษในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ระบบทางด่วนพิเศษช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วขึ้น และลดจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี ถิ่นเมืองทอง และคณะ (2559) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนในโรงพยาบาลปทุมธานีโดยใช้แนวคิดการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่ามีการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการติดตามอาการในผู้ป่วยทุกรายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเล็กหรือมีบริบทใกล้เคียงกับในการวิจัยครั้งนี้ ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรุนแรงระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงต่ำและความเสี่ยงปานกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและครบถ้วนอย่างทันทั่วถึง และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรุนแรงระดับปานกลางและระดับรุนแรง อาจมีข้อจำกัดในขั้นตอนการติดตามและการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งกิจกรรมการดูแลอาจยังไม่ครอบคลุมกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับปานกลางและระดับรุนแรง เนื่องจากในช่วงที่ศึกษานี้ยังไม่พบผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

- งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเสนาสุกิม จังหวัดจันทบุรี. (2559). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ (ER visit) ปีงบประมาณ 2559*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.
- บุบผา ลาภทวี, และจินพิชญ์ชา มะมม. (2558). ปัจจัยทำนายระดับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 23(6), 1023-1032.
- รัตนา กองสุทธิผล, และอริยวราณ วรณสีทอง. (2560). *ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย*. สืบค้นจาก <http://www.cbh.moph.go.th>
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม: บาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury)*. สืบค้นจาก <http://www.rcst.or.th>
- วิบูลย์ เตชะโกศล. (2557). ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบทางด่วนพิเศษในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 29(6), 524-529.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). *คู่มือแนวทางการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: ปัญญุมิตรการพิมพ์.
- สวิง ปันจยีสี่, นครชัย เพื่อนปฐม, และกุลพัฒน์ วีรสาร. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- อัญชลี ถิ่นเมืองทอง, อรทัย ศิลป์ประกอบ, ศรีวรรณ มีบุญ, และเขาวรัตน์ รุ่งสว่าง. (2559). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนในโรงพยาบาลปทุมธานีโดยใช้แนวคิดการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *วารสารกองการพยาบาล*, 43(3), 5-24.

Dams-O'Connor, K., Landau, A., Hoffman, J., & St De Lore, J. (2018). Patient perspectives on quality and access to healthcare after brain injury. *Brain Injury*, 32(4), 431-441.

Johnson, W. D., & Griswold, D. P. (2017). Traumatic brain injury: A global challenge. *The Lancet Neurology*, 16(12), 949-950.

Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations* (2nd ed.). New York: Wiley.

National Institute of Child Health and Human Development. (2016). *Traumatic brain injury*. Retrieved from <http://www.nichd.nih.gov/health/topics/tbi>

ความสุขของผู้สูงอายุไทยในยุค Thailand 4.0 Happiness of Thai Elderly in Thailand 4.0

จิตติยา สมบัติบุรณ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ¹

Jittiya Sombutboon, M.N.S. (Gerontological Nursing) ¹

นุชนาท ประกาศ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ²

บุศรินทร์ เอื้อยวสีทยก, Ph.D. (Nursing) ³

Nutchanat Prakas, M.N.S. (Adult Nursing) ²

Busarin Eiu-Seeyok, Ph.D. (Nursing) ³

Received: March 28, 2019

Revised: June 26, 2019

Accepted: June 29, 2019

บทคัดย่อ

ความสุขสำหรับบุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ ผู้สูงอายุมักขาดความสุขหรือมีความสุขลดลงได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งยังมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตมากกว่าวัยอื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัยเข้าสู่ยุค Thailand 4.0 ที่มีการใช้เทคโนโลยี วิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ และการวิจัยในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุข ด้วยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยใช้กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ จะช่วยเสริมสร้างความรู้สึทางบวก ซึ่งความรู้สึทางบวกนี้จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข มีเกียรติ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สามารถทำคุณประโยชน์ และขับเคลื่อนชุมชนในฐานะผู้มีประสบการณ์ ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในยุค Thailand 4.0 ได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความสุข ผู้สูงอายุ ความสุข 5 มิติ

^{1, 2, 3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

^{1, 2, 3} Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Jittiya@pnc.ac.th

Abstract

Happiness for people entering the elderly is importance. The elderly often lack happiness or have decreased happiness more easily than other ages because they have to face many changes in life, including physical, psychosocial and spiritual changes. They also have more restrictions on living than other ages, especially when there is a change in the era of Thailand 4.0 with the use of technology, creativity, innovation, science and research in daily life. Therefore, encouraging the elderly to be happy by organizing health promotion activities to cover physical, psychosocial and spiritual aspects by using five dimensions of happiness (health, recreation, integrity, cognition, and peacefulness) activities for the elderly, will help create positive feelings. This positive feeling will enable the elderly to live together in family and society with happiness, honor, and human dignity. Additionally, they can do benefits and drive the community as an experienced person among social change and be happy in the era of Thailand 4.0.

Keywords: Happiness, Elderly, Five dimensions of happiness

บทนำ

จำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ส่งผลให้สถานการณ์ปัจจุบันในหลายประเทศทั่วโลกก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) นั้นหมายความว่า ประชากรผู้สูงอายุในแต่ละประเทศมีมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งองค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2017) ได้ทำการทบทวนสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกในปี พ.ศ. 2560 (ค.ศ. 2017) พบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) และเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าในปี พ.ศ. 2643 (ค.ศ. 2100) โดยเพิ่มขึ้นจาก 962 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 2.10 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 และเป็น 3.10 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2643 สำหรับประเทศไทยนั้น สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) และสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2559) ได้สรุปว่า ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.40 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า โลกของผู้สูงอายุเติบโตขึ้นท่ามกลาง

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยี

อย่างไรก็ตาม ประชากรผู้สูงอายุนั้นจัดเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง เนื่องจากต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ บางคนอาจยอมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ยาก หรือปรับตัวไม่ได้ สำหรับผู้สูงอายุที่ปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ อาจทำให้ขาดความสุข เกิดความรู้สึกเครียด มีความขัดแย้งในตนเองกับครอบครัว ลูกหลาน และคนใกล้ชิด บางคนอาจมีปัญหสุขภาพจิตตามมา เช่น ซึมเศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ และไม่อยากดำเนินชีวิตต่อไปได้ในที่สุด (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2556; วลัยพร นันทสุภวัฒน์, 2551) พยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ จึงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและมีความสุขต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัย โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงสู่ยุค Thailand 4.0 ซึ่งเป็นยุคที่มีความทันสมัยและมีความเจริญทางเทคโนโลยีในทุกด้าน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความสุขของผู้สูงอายุไทยในยุค Thailand 4.0 โดยมีสาระเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับการเปลี่ยนแปลงในยุค

ไทยแลนด์ 4.0 ความหมายและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสุขในผู้สูงอายุ การประเมินความสุขในผู้สูงอายุ และการวางแผนจัดกิจกรรมและการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุข เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุข สามารถทำคุณประโยชน์ และขับเคลื่อนชุมชนในฐานะผู้มีประสบการณ์ต่อไป

ผู้สูงอายุกับการเปลี่ยนแปลงในยุคไทยแลนด์ 4.0

ในปัจจุบัน รัฐบาลประกาศให้ประเทศไทยเป็นยุค “Thailand 4.0” ซึ่งเป็นยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน มุ่งเน้นนโยบายในการปรับแก้ จัดระบบ ปรับทิศทาง และสร้างหนทางพัฒนาประเทศให้เจริญ สามารถรับมือกับโอกาสและภัยคุกคามแบบใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรงในศตวรรษที่ 21 โดยมีการใช้วิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และการวิจัยและพัฒนา (สุวิทย์ เมษินทรีย์, 2560) ซึ่งนโยบายดังกล่าวนี้ ส่งผลดีต่อผู้สูงอายุ เพราะช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างสะดวกสบาย รวดเร็ว และง่ายยิ่งขึ้น (จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง, 2561) แต่การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัว และเรียนรู้สิ่งใหม่มากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุบางคนเกิดความเครียด วิตกกังวล เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเรียนรู้สิ่งใหม่ จึงต้องใช้เวลาในการปรับตัวมากกว่าวัยอื่น หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ จะส่งผลให้ขาดความสุขในการดำรงชีวิต

ความหมายและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสุขในผู้สูงอายุ

ความหมายของความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับความสุขพบว่า มีทั้งแนวคิดของนักวิชาการทางตะวันตกและตะวันออก โดยทั้งสองแนวคิดให้ความหมายเกี่ยวกับความสุขไว้คล้ายคลึงกัน คือ ความสุขหมายถึง มุมมองหรือความคิดเห็นของบุคคลที่ประเมินตนเองในความรู้สึกทางบวกที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ได้พบเจอ เช่น มีความเบิกบานใจ

มีความยินดี มีอารมณ์ดี โดยไม่มีความรู้สึกทางลบ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (เกสร ม้วยจีน, 2559; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) สำหรับประเทศไทย สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ได้ให้ความหมายว่าความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมถึงความดีงามในจิตใจ ภายใต้อารมณ์ดีและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา วณิชรมณี, และพรณี ภาณุวัฒน์สุข, 2556) จึงสรุปได้ว่าความสุขในผู้สูงอายุ หมายถึง ความคิดหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองในทางบวกหรือมีความพึงพอใจในชีวิต อันเป็นผลมาจากความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ภายใต้อารมณ์ดีและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งความสุขจะทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคนมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความดีงามในจิตใจ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสุขในผู้สูงอายุ

ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์หลายทฤษฎีสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยทฤษฎีเหล่านี้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพ บทบาท หน้าที่ และการปรับตัวของผู้สูงอายุในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจในทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ต่อไปนี้ (เลิศวัลลภ ศรีษะพลกุลสิทธิ และธมนพัชร ศรีษะพลกุลสิทธิ, 2561; วลัยพร นันทสุภวัฒน์, 2551; Eliopoulos, 2014)

1. ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (activity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขและประสบความสำเร็จในชีวิตได้ โดยไม่รู้สึกว่าต้องถอยห่างออกจากสังคมเมื่อยังมีกิจกรรมทำอยู่เสมอ เพราะกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุทำนั้นจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ที่ดี รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อสังคม สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ ทฤษฎีนี้ยังเชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความสุขหากได้ใช้ความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของตนในอดีต มาใช้ทำกิจกรรมที่เกิด

ประโยชน์แก่นุคคลและสังคม เช่น การให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการเล่นดนตรีไทยร่วมกับเพื่อนวัยเดียวกันเป็นจิตอาสาไปเล่นดนตรีไทยให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลฟัง

2. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (continuity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายของชีวิตได้นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนในการดำเนินชีวิตในอดีตที่ผ่านมา ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรรอบข้างควรเข้าใจถึงพฤติกรรมความต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลมาจากบุคลิกภาพส่วนตัวตั้งแต่วัยหนุ่มสาว รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนเลือกและตัดสินใจที่จะเลือก เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและไม่ขัดแย้งต่อความรู้สึกภายในของผู้สูงอายุเอง เช่น ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคม จะมีความสุขเมื่อได้ร่วมกิจกรรมในสังคมเหมือนในวัยหนุ่มสาว

3. ทฤษฎีการถอยห่างจากสังคม (disengagement theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะสามารถยอมรับในบทบาทหน้าที่ของตนที่จะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบข้างลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง ดังนั้น กิจกรรมที่ควรจัดให้แก่ผู้สูงอายุจึงควรเน้นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่นในสังคม หรือเป็นกิจกรรมที่แสดงออกถึงการให้ความเคารพและยอมรับในตัวผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่แยกตัวจากสังคม และมีความสุขมากขึ้น เช่น การเชิญชวนให้ผู้สูงอายุเป็นจิตอาสาในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม การยกย่องให้ผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาในครอบครัวหรือชุมชน การเป็นกรรมการร่วมพัฒนาชุมชน

จากความหมายและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสุขในผู้สูงอายุข้างต้น พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจภูมิหลัง ลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล สัมพันธภาพ บทบาทหน้าที่ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ก่อนที่จะประเมินความสุขและวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข

การประเมินความสุขในผู้สูงอายุ

ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุข กรมสุขภาพจิต

มีนโยบายให้มีการประเมินความสุข และทำกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ โดยใช้แนวคิดพื้นฐานจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ) โดยกำหนดเป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุในชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนในเครือข่ายสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ทั่วประเทศ และขยายครบทุกแห่งในปี พ.ศ. 2562 โดย 5 มิตินี้เป็นแนวคิดในการสร้างความสุขจากหลักธรรมะ ผสมผสานกับแนวคิดการสร้างความสุขเชิงจิตวิทยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ มีความสุขในบั้นปลายชีวิต และเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุให้พร้อมในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ และให้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่อไป (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และคณะ, 2556)

การประเมินความสุขในผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงหลักสำคัญ 2 ประการ คือ 1) ต้องครอบคลุมองค์รวม (ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ) และ 2) ต้องสอดคล้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม แต่เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น ยังไม่พบว่ามีเฉพาะเจาะจงและครอบคลุมการประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมินความสุขที่ใช้ในปัจจุบัน คือ ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicators: TMHI -15) ที่พัฒนาขึ้นโดย อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชนฐ์โชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, และละอียด ปัญญาใหญ่ (2544) ซึ่งเป็นแบบประเมินด้วยตนเอง เหมาะสำหรับผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี ดังนั้น ในบทความนี้ คณะผู้เขียนจึงขอเสนอแนวทางในการประเมินความสุขในผู้สูงอายุที่ครอบคลุมองค์รวมหรือทุกมิติ มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (เกสร ม้วยจิน, 2559; นริสา วงศ์พนารักษ์, 2556; อัจฉรา ประเสริฐสิน, ทักษา สุริโย, และปพน ฉัฐเมธาวิณ, 2561; อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และคณะ, 2556)

1. สุขสบาย (health) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองให้มีสมรรถนะที่แข็งแรงและคล่องแคล่วตามสภาพ สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีภาวะเศรษฐกิจและปัจจัยที่จำเป็นอย่างพอเพียง ไม่ใช้สารเสพติด ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย ไม่ติดสิ่งเสพติด และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ในมิติของสุขสบายนี้ การประเมินจะเน้นถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ ส่งเสริม และฟื้นฟูให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไม่เท่ากัน ดังนั้น ในมิตินี้จึงจำเป็นต้องจำแนกผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ ซึ่งจะเน้นที่ได้จากการประเมินจะสามารถนำมาจำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุตามลักษณะและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.1 กลุ่มติดสังคม (well elder) ได้ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างอิสระ ทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันแบบต่อเนื่องได้ มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้

1.2 กลุ่มติดบ้าน (home bound elder) ได้ 5-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง หรือต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในบางส่วน มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม อาจเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ มีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งมีผลกระทบต่อการรู้จัก การตัดสินใจ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.3 กลุ่มติดเตียง (bed bound elder) ได้ 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในเรื่องการเคลื่อนย้าย การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน อาจมีโรคประจำตัวหลายโรคทั้งที่

ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ อาจมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและยาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่

2. สุขสนุก (recreation) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์ที่เป็นสุขและสร้างความสดชื่นแจ่มใส สามารถประเมินได้จากการสังเกตและสอบถามผู้สูงอายุหรือบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก ความสดชื่น และความกระปรี้กระเปร่าของผู้สูงอายุ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และคณะ, 2556) หรือประเมินได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วีระวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย, 2545)

3. สุขสง่า (integrity) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง การเห็นคุณค่าและยอมรับนับถือในตนเอง มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เอื้อเฟื้อ แบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545)

4. สุขสว่าง (cognition) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความเข้าใจ การคิดแบบนามธรรม การสื่อสาร การคิดอย่างมีเหตุผล และการวางแผนแก้ไขปัญหา ซึ่งสามารถประเมินได้จากการประเมินสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ตามแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002 [MMSE]) หรือแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination [TMSE]) (วลัยพร นันทสุกวัฒน์, 2551)

5. สุขสงบ (peacefulness) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้สูงอายุในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบได้อย่างเหมาะสม สามารถผ่อนคลาย และปรับตัวยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai

Geriatric Depression Scale: TGDS) และแบบประเมินความเครียด เช่น Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) หรือ Stress Test (ST-5) (วลัยพร นันทสุวัฒน์, 2551) หรือใช้ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (TMHI-15) (อภิชัยมงคล และคณะ, 2544)

ทั้งนี้ ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่จะมีคะแนนการประเมินที่ต่ำหรือสูงกว่าเกณฑ์ปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนี้จัดเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในด้านปัจจัยสี่ การดูแลสุขภาพ และการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะยาว (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560) พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการประเมิน และจัดกิจกรรมส่งเสริมความสุขในแต่ละกลุ่มและในทุกมิติอย่างใกล้ชิด

การวางแผนจัดกิจกรรมและการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีความสุข

การจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุที่พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ ซึ่งคณะผู้เขียนขอเสนอกิจกรรมสร้างสุขในแต่ละมิติ และแสดงกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ตามลำดับ ดังนี้ (สุดา วงศ์สวัสดิ์, 2559; สุดารัตน์ นามกระจ่าง, ลักษณิ สมรัตน์, และอนัญญา เดชะคำภู, 2560; อัมพรเบญจพลพิทักษ์ และคณะ, 2556)

1. สุขสบาย ควรเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยความคล่องแคล่วว่องไว ไม่เกิดอุบัติเหตุง่ายในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมความสามารถในการทรงตัว และป้องกันการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ การออกกำลังกายที่เน้นกล้ามเนื้อมัดใหญ่ การฝึกควบคุมการหายใจให้เป็นจังหวะขณะออกกำลังกาย หรือให้ใช้แรงในชีวิตประจำวัน และทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น ทำสวน ช่อมแซมอุปกรณ์เครื่องใช้

2. สุขสนุก ควรเน้นกิจกรรมที่สร้างความสดชื่นแจ่มใส ส่งเสริมความกระปรี้กระเปร่า ช่วยคลายความเครียด และลดความซึมเศร้า ได้แก่ การท่องเที่ยว หรือการทำกิจกรรมนันทนาการ เช่น การเล่นดนตรี เล่นกีฬา ทำงานศิลปะ หรือทำงานอดิเรกที่ชอบ

3. สุขสง่า ควรเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การส่งเสริมให้ช่วยเหลือตนเองในเรื่องง่ายๆ เพื่อไม่ให้เป็นการของผู้อื่น เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ การฝึกเป็นผู้ฟังที่ดีเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น การฝึกตั้งคำถามและติดตามข้อมูลข่าวสาร การเป็นจิตอาสา การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ทั้งในครอบครัวและชุมชน

4. สุขสว่าง ควรเน้นกิจกรรมที่ชะลอความเสื่อมของสมองในด้านต่างๆ ได้แก่ การฝึกการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ไม่คุ้นชิน เช่น การทำกิจกรรมด้วยมือข้างที่ไม่ถนัด ในกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย การรวมกลุ่มกับเพื่อน ๆ หรือกลุ่มวัยอื่นๆ เพื่อพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การใช้เหตุผลในการตรวจสอบข้อเท็จจริง การคิดไตร่ตรอง การฝึกการประสานระหว่างมือ ตา เท้า การเล่นเกมที่สามารถฝึกความจำหรือฝึกสมอง

5. สุขสงบ ควรเน้นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการปรับความคิด และบริหารจัดการให้เกิดสติ ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการคิดยืดหยุ่น การฝึกคิดถึงเรื่องดีๆ เช่น ประสบการณ์ชีวิตที่ดี ความสำเร็จในช่วงชีวิตที่ผ่านมา การฝึกสมาธิ เจริญสติ ถาวรานา

การวางแผนการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสุขในผู้สูงอายุทั้ง 5 มิติ ต้องสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มผู้สูงอายุ และคำนึงถึงภูมิหลัง ลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล สัมพันธภาพ บทบาทหน้าที่ในสังคม และพฤติกรรมของผู้สูงอายุแต่ละคน ตามทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่กล่าวไว้ข้างต้น กิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสุขที่จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุและความสุขใน 5 มิติ สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสุข จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุและมีดัชนีความสุข

มิติของ ความสุข	การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสุข		
	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
สุขสบาย	จัดกิจกรรมที่เพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของร่างกายทุกส่วน แต่ไม่ออกกำลังกายรุนแรง หรือเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และควรส่งเสริมให้ทำเป็นประจำ ครั้งละ 15-30 นาที เช่น การเล่นโยคะ การออกกำลังกายในพิตเนส การว่ายน้ำ การเล่นเทนนิส	จัดกิจกรรมที่ช่วยป้องกันการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพตั้งแต่เริ่มต้น และป้องกันการเกิดโรคใหม่ โดยการส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การปลูกต้นไม้ การเดินเล่น การออกกำลังกายรอบ ๆ บ้าน	จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขั้นพื้นฐาน เช่น การหิวผม การแต่งตัว การติดกระดุมเสื้อ การรับประทานอาหารโดยไม่มีคนป้อน รวมถึงการลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้วยการบริหารร่างกายเฉพาะส่วน
สุขสนุก	จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความมีชีวิตชีวา ร่วมกับเพื่อนวัยเดียวกัน และต่างวัยในสังคม เช่น การท่องเที่ยว/ทัศนศึกษา การเดินร่ำ การเล่นกีฬา การเล่นดนตรี การร้องเพลงคาราโอเกะ การชมภาพยนตร์	จัดกิจกรรมนันทนาการที่ลดความเครียด ช่วยผ่อนคลาย ลดความฟุ้งซ่านขณะอยู่ตามลำพัง โดยจัดกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในบ้านได้ เช่น การทำงานฝีมือหรืองานศิลปะ ที่ชอบ งานจักสาน การร้องเพลง การอ่านหนังสือ	คล้ายคลึงกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
สุขสง่า	- จัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้มีความรู้สึกรักคุณค่า และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตในด้านที่ดี/ความภาคภูมิใจในอดีตกับเพื่อนวัยเดียวกันและต่างวัยในสังคม - จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือกันเองในกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้สูงวัยอาสา - จัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจตนเองและผู้อื่น เช่น การจัดกิจกรรมสะท้อนคิด	- จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในเรื่องที่ไม่ยุ่งยาก เพื่อให้ไม่รู้สึกว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น เช่น การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การช่วยทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ การทำของใช้สำหรับใช้ในครัวเรือนเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น การทำสบู่ น้ำยาล้างจาน น้ำยาซักผ้า - จัดกิจกรรมเพื่อให้มีความตระหนักในคุณค่า และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เช่น การเล่า	คล้ายคลึงกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และควรเพิ่มเติมการฝึกอาชีพที่ส่งเสริมการมีรายได้และเหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุ เช่น การทำของชำร่วยสำหรับงานแต่งงาน งานบวช

ตารางที่ 1 การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสุข จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุและมีติของความสุข (ต่อ)

มิติของ ความสุข	การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสุข		
	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
สุขสง่า (ต่อ)		เรื่องประทับใจในอดีต การเล่า ประสบการณ์ชีวิตในด้านที่ดี/ ความภาคภูมิใจในอดีต การจัด กิจกรรมการสะท้อนคิด	
สุขสว่าง	จัดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มกับ เพื่อนวัยเดียวกันหรือต่างวัยใน สังคม เพื่อป้องกันความเสี่ยงของ สมอง โดยเน้นกิจกรรมที่ฝึก การรับรู้ในเหตุการณ์ปัจจุบัน การสังเกตสิ่งต่างๆ รอบตัว การฝึกจดจำวัน เวลา สถานที่ และ บุคคล จากภาพ การอ่าน และ การเขียน ได้แก่ การวิจารณ์ข่าว ในสถานภาพปัจจุบัน การเล่น ต่อคำสุภาษิตหรือคำพังเพย การเล่นเกมส์ต่อเนื้อเพลง การทาย ชื่อเพลง การทายชื่อบุคคลสำคัญ หรือมีชื่อเสียงตามภาพที่เห็น การคิดเลข รวมถึงการฝึก การเรียนรู้สิ่งใหม่ที่ไม่คุ้นชิน ได้แก่ การทำกิจกรรมด้วยมือ ข้างที่ไม่ถนัด การประสาน ระหว่างมือ ตา เท้า ด้วยการฝึก หยิบจับวัตถุชิ้นเล็กๆ เช่น การร้อยลูกปัด	คล้ายคลึงกับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แต่ควรเน้นกิจกรรมที่สามารถทำได้ ตามลำพัง หรือกับเพื่อน/เพื่อนบ้าน ที่สนิท	คล้ายคลึงกับผู้สูงอายุกลุ่มติด สังคม แต่ควรเน้นการจัดกิจกรรมที่ ป้องกันไม่ให้สมองเสื่อมไป กว่าเดิม ได้แก่ การรับรู้วัน เวลา และสถานที่ ทั้งนี้ ในเรื่องการจดจำ บุคคล จะเน้นเพียงบุคคลที่ผู้สูงอายุ คุ้นเคย เช่น ลูกหลาน ญาติสนิท หรือผู้ดูแล

ตารางที่ 1 การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสุข จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุและมิติของความสุข (ต่อ)

มิติของ ความสุข	การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสุข		
	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
สุขสงบ	การจัดกิจกรรมในผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกัน คือ เน้นความสามารถของผู้สูงอายุในเรื่องการรู้และการควบคุมอารมณ์ตนเอง การรู้สติ และการยอมรับความเป็นจริง กิจกรรมที่ควรจัดให้แก่ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ การฝึกการหายใจที่ถูกต้อง เพื่อลดความเครียดและหยุดอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้น การสร้างจินตภาพเพื่อการผ่อนคลาย การร้องเพลงหรือฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายความเครียด การปรับวิธีคิดเพื่อฝึกการคิดเชิงบวก และการคิดแบบสร้างสรรค์		

สรุป

การประเมินและการส่งเสริมความสุขให้แก่ผู้สูงอายุ มีหลักสำคัญ 2 ประการ คือ 1) ต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยใช้หลักการประเมินการสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ และ 2) ต้องสอดคล้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุ แต่ละกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ซึ่งการประเมินความสุขในผู้สูงอายุนั้น สามารถทำได้โดยใช้แบบประเมินที่เหมาะสมและสอดคล้องในแต่ละมิติได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย หรือแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ภายหลังการประเมินความสุขในทุกมิติแล้ว พยาบาลควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความสุขในผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคนและแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีเกียรติ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ และมีความมั่นคง ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในยุค Thailand 4.0

เอกสารอ้างอิง

- เกสร มุ้ยจีน. (2559). การสร้างความสุขด้วยจิตวิทยาเชิงบวก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 24(4), 673-681.
- จินตนา อาจสันเทียะ, และรัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 39-46.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2556). การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(2), 160-164.
- เลิศวัลลภ ศรียะพลกฤษิทธิ, และธมนพพัชร ศรียะพลกฤษิทธิ. (2561). การปรับตัวเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์*, 20(1), 253-265.
- วลัยพร นันทสุภวัฒน์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรผู้สูงอายุ*. ขอนแก่น: การพิมพ์.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). *สถิติและประชากรผู้สูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพฯ: ซีพีทาวเวอร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน.

- สุดา วงศ์สวัสดิ์. (2559). พัฒนาผู้สูงวัยสู่ภาวะ “พหุติพลัง”. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(3), 202-207.
- สุดารัตน์ นามกระจ่าง, ถังกษณีย์ สมรัตน์, และอนัญญา เดชะคำภู. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลกระหวั่น อำเภอบางบาล จังหวัดศรีสะเกษ. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560* (น. 699-709). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF-THAI)*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- สุวิทย์ เมษินทรีย์. (2560). นโยบายการขับเคลื่อนวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและนวัตกรรม (วทน.) ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (ดร.สุวิทย์ เมษินทรีย์) ในคราวมอบนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วันที่ 1 ธันวาคม 2560. สืบค้นจาก <https://www.mhesi.go.th/main/th/strategic-plan/6929-thailand-4-0%20>
- อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชมภูโชติศักดิ์, วรรณประภา ชะลอกุล, และละเอียด ปัญโญใหญ่. (2544). *ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย: Thai Happiness Indicators (THI-15)*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/test/download/files/thi15.pdf>
- อัจฉรา ประเสริฐสิน, ทักษา สุริโย, และปพน ญัษฐเมธาวิณ. (2561). สุขภาวะของผู้สูงอายุ: แนวคิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสุขศึกษา*, 41(1), 1-15.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง, และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทศวรรษ*, 17(3), 235-243.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา วณิชรมณีย์, และพรณี ภาณุวัฒน์สุข. (2556). คู่มือ “ความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ” (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- United Nations. (2017). *World population prospects: The 2017 revision*. Retrieved from https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf

ภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางการดูแล Depression in the Working Age Population: The Related Factors and the Care Guideline

คันธรส สุขกุล, วท.ม. (สรีรวิทยา) ¹

Kantarote Sookkul, M.Sc. (Physiology) ¹

ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, พ.ด. (ประชากรศาสตร์) ²

Pramote Wongsawat, Ph.D. (Demography) ²

Received: March 21, 2019 Revised: June 6, 2019 Accepted: June 27, 2019

บทคัดย่อ

ประชากรวัยแรงงานมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในปัจจุบัน ประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง จึงต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความเครียด และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา นุเคราะห์ทางสุขภาพจึงจำเป็นต้องทราบสถานการณ์ปัญหาของประชากรวัยแรงงาน ความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน ซึ่งมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการประกอบอาชีพและการทำงาน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงานได้ ทั้งนี้ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มต่างๆ ควรใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เช่น แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ส่วนประชากรกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นแล้ว ควรได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ตามสภาพและบริบทของแต่ละคน เช่น การใช้ยา การบำบัดความคิดและพฤติกรรม

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า วัยแรงงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แนวทางการดูแล

¹ อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

¹ Lecturer, Faculty of Science and Technology, Suratthani Rajabhat University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: aiyapoo@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

Abstract

The working age population has played an important role in the economic and social development of the country. The current population of working age is declining which having to bear the burden of raising children and the elderly and lead to stress and resulting in subsequent depression. Health care providers need to recognize the problems situation of the working age population, including the prevalence of depression and factors associated with depression among the working age population. There are several factors which including personal factors, psychological factors, socio-economic factors, and occupational factors that be able to bring the relevant factors to guide the planning for prevention of depression in the working age population. In addition, the screening for depression in population groups should use the appropriate tools, such as the screening for depression with two questions (2Q). Moreover, the population with depression should be treated with the various methods according to each person's condition and context, such as drug use, cognitive behavioral therapy.

Keywords: Depression, Working age population, Related factor, Care guideline

บทนำ

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยจากการคาดประมาณประชากรไทยในอนาคต โดยคณะทำงานเพื่อคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 พบว่า สัดส่วนประชากรในวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 67 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 55.10 ในปี 2583 เหตุผลสำคัญที่ทำให้สัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลงนั้น ส่วนหนึ่งมาจากอัตราเจริญพันธุ์รวม (total fertility rate [TFR]) ลดลง (ปีพม่า ว่าพัฒนาวงศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, และสุวิทย์พร พันพื้ง, 2556) ประชากรวัยแรงงานมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เป็นกลไกขับเคลื่อนผลผลิตของประเทศ และรับผิดชอบดูแลกลุ่มประชากรที่เหลือ คือ กลุ่มเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว จึงต้องแบกรับภาระหลายด้าน ทั้งภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว ภาระหนี้สิน ปัญหาค่าครองชีพ รวมถึงการประสบกับโรคและการบาดเจ็บทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานทำให้เกิดความเครียด มีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งพบว่า ประชากรวัยแรงงานในประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้า

ที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น การทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน และการประเมินภาวะซึมเศร้า จึงมีส่วนช่วยในการวางแผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน โดยมีสาระเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาของประชากรวัยแรงงาน ความชุกของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะซึมเศร้า การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงานต่อไป

สถานการณ์ปัญหาของประชากรวัยแรงงาน

กำลังแรงงาน หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยนิยามศัพท์อิงกับมาตรฐานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization [ILO]) ส่วนแนวคิดการมีงานทำหรือการว่างงาน เป็นการจัดกลุ่มภายใต้กำลังแรงงานปัจจุบัน แบ่งภาพรวมของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ 1) ผู้อยู่ในกำลังแรงงาน

ได้แก่ กำลังแรงงานที่ทำงานตามฤดูกาล และกำลังแรงงานปัจจุบัน ได้แก่ ผู้มีงานทำและผู้ว่างงาน และ 2) ผู้ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน คือ ผู้ที่ไม่ได้ทำงาน และไม่พร้อมที่จะทำงาน เนื่องจากทำงานบ้าน นักร้อง เป็นต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

จากรายงานสถานการณ์แรงงาน ปี 2560 พบว่าประเทศไทยมีประชากรที่อยู่ในวัยทำงานหรืออายุ 15 ปีขึ้นไป 55.96 ล้านคน เป็นผู้อยู่ในกำลังแรงงาน 38.10 ล้านคน ผู้มีงานทำ 37.46 ล้านคน ผู้ว่างงาน 0.45 ล้านคน ผู้รอฤดูกาล 0.19 ล้านคน และมีอัตราการว่างงานร้อยละ 12.40 (กระทรวงแรงงาน, 2560) นอกจากประชากรวัยแรงงานจะประสบปัญหาการว่างงานแล้ว ยังต้องประสบกับการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน โดยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า แรงงานที่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน มีจำนวน 4.28 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.36 ของแรงงานทั่วประเทศ (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, 2561) ส่วนปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย พบว่า ประชากรอายุ 35-64 ปี มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนสูงที่สุดมากกว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี หรือกลุ่มสูงวัยอายุ 65 ปีขึ้นไป เมื่อสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ประชากรอายุ 25-55 ปี มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

การเปลี่ยนแปลงอัตราส่วนพึ่งพิง เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็กลดลงและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2562 อัตราส่วนพึ่งพิงรวมเท่ากับ 55 กล่าวคือ มีผู้ต้องพึ่งพิง (เด็กและผู้สูงอายุ) 55 คน ต่อวัยทำงาน 100 คน แสดงให้เห็นว่า วัยทำงาน 1 คน ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 0.30 คน และเลี้ยงดูเด็ก 0.30 คน และในปี 2583 อัตราส่วนพึ่งพิงรวมจะสูงถึง 78.30 โดยวัยทำงาน 1 คน ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 0.6 คน และเลี้ยงดูเด็ก 0.20 คน (ปีพม่า ว่าพัฒนางศ์ และคณะ, 2556) เมื่ออัตราส่วนพึ่งพิงมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้ประชากร

วัยแรงงานที่ต้องทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงดูตนเองและบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ มีการค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมถึงมีการหนี้สินตามมา ซึ่งพบว่า หนี้สินเฉลี่ยต่อครัวเรือน ในช่วงปี 2550-2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มจาก 116,681 บาท ในปี 2550 เป็น 178,994 บาท ในปี 2560 โดยร้อยละ 76.90 เป็นการก่อหนี้เพื่อใช้ในครัวเรือน ซึ่งเป็นหนี้เพื่อการอุปโภคบริโภคมากที่สุด คือ ร้อยละ 39 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

การที่ประชากรวัยแรงงานต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ข้างต้น อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า (sadness) และภาวะซึมเศร้า (depression) ตามมาได้ โดยอารมณ์เศร้าเป็นสภาวะทางอารมณ์ด้านลบที่สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ส่วนภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดห้วง ลึนห้วง ซึ่งมีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotional) ความคิด (cognitive) ร่างกาย (physical) และพฤติกรรม (behavioral) (สายฝน เอกวรังกูร, 2553; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน

จากข้อมูลของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้ดำเนินการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 โดยสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ด้วยเครื่องมือที่เป็นชุดคำถาม 20 ข้อ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การวิเคราะห์ใช้การวินิจฉัยตามหลักเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV) พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 3.80 และ 2.10 ตามลำดับ) โดยช่วงอายุ 15-25 ปี พบความชุกร้อยละ 1 ช่วงอายุ 30-44 ปี พบความชุกร้อยละ 2.80 และช่วงอายุ 45-59 ปี พบความชุกร้อยละ 4.10 (วิชัย เอกพลากร, 2559) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Sujinnapram, Meksawan, and Pongthananikorn

(2018) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 29.40

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน

ประชากรวัยแรงงานเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ค่อนข้างสูง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าสรุปได้ 4 ประเด็น ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีดังนี้

1.1 เพศ จากการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (วิชัย เอกพลากร, 2559) ซึ่งสาเหตุที่เพศหญิงพบความชุกมากกว่าเพศชายอาจเนื่องจากเพศหญิงต้องสวมบทบาทหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ทั้งการทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ และต้องรับผิดชอบดูแลงานบ้าน อบรมเลี้ยงดูบุตร และดูแลสมาชิกในครอบครัว ผู้หญิงจึงต้องอยู่ในภาวะจำยอมทน ต้องเผชิญกับความเครียดเรื้อรัง (วไลพรธณ เอี่ยมกมล, ชนกพร จิตปัญญา, และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2555)

1.2 การเจ็บป่วย การมีโรคประจำตัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีโรคประจำตัว จะทำให้มีการค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล และต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น รวมถึงความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาปัจจัยด้านการเจ็บป่วย การมีโรคประจำตัว ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ที่มีความเจ็บปวดร่างกาย การเจ็บป่วยจนต้องไปพบแพทย์ และจำนวนของโรคประจำตัวที่มาก จะยังมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว (Read, Sharpe, Modini, & Dear, 2017) นอกจากนี้ ระดับความรุนแรงของโรคชนิดของโรค และระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ล้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555)

1.3 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคซึมเศร้า สมาชิกอื่นจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าครอบครัว

อื่น นอกจากนี้ยังพบว่า หากบิดามารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นในอัตราสูงถึง 2 เท่า และหากทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นสูงกว่าเด็กทั่วไป 4 เท่า (ดรณวรรณ จันทร์แก้ว, ชนกพร จิตปัญญา, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2555)

2. ปัจจัยทางจิตใจ มีดังนี้

2.1 ความเครียด พบว่า บุคคลที่ประสบความเครียดทางอารมณ์จะมีภาวะซึมเศร้า ดังรายงานที่ระบุว่า การมีความเครียดในระดับปานกลางและระดับสูงจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าบุคคลที่มีความเครียดในระดับน้อย (Lee & Kim, 2015)

2.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง หากบุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย ดังการศึกษาของจิรนนท์ บุญนา (2555) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง พบว่า พนักงานที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงหรือมีความรู้สึกต่อตนเองในด้านบวก จะมีภาวะซึมเศร้าน้อย ในทางตรงกันข้าม พนักงานที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ หรือมีความรู้สึกในด้านลบ จะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม มีดังนี้

3.1 ภาวะเศรษฐกิจ คือ รายได้ต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 15 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ (จันทร์รัตน์ เลิศทองไทย, 2556) และจากการศึกษาการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการเรียนรู้สาเหตุ ในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า พบว่า ปัญหารายรับไม่เพียงพอกับรายจ่ายเกิดเนื่องจากผลผลิตทางการเกษตรที่ได้มีราคาถูกลง และผลผลิตลดลง แต่สินค้าอื่นๆ ปรับราคาเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา (สามารถ สุวรรณภักดี และอรณณ สุขน้อย, 2557)

3.2 สภาพครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า โดยสตรีวัยแรงงาน

ที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 5.83 เมื่อเทียบกับสตรีที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี (Charoenpaitoon, Jirapongsuwan, Sangon, Sativipawee, & Kalampakorn, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนที่มีอายุ 18-60 ปี (มาลินี อยู่ไธเย็น, สุทธนันท์ กัลละ, ศศิวิมล บุรณะเรข, และไชนภา แก้วจันทร์, 2561) ส่วนปัญหาด้านการเงินในครอบครัว ปัญหาการเลี้ยงดูบุตร เป็นสาเหตุของการทะเลาะเบาะแว้ง แยกกันอยู่ หรือมีปัญหาจิตใจความในครอบครัวตามมา (ปรัลธิดา ทองศรี, อารยา เชียงของ, และธนยศ สุมลย์โรจน์, 2561)

4. ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพและการทำงาน มีดังนี้

4.1 ความมั่นคงในงาน แบ่งออกเป็น 2 ประการ คือ รูปแบบการจ้างงาน และลักษณะอาชีพ ซึ่งล้วนมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน โดยรูปแบบการจ้างงานแบ่งออกเป็นลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานพาร์ทไทม์ จากการศึกษาพบว่า คนงานที่ได้รับการจ้างงานที่ไม่มั่นคง คนงานชั่วคราว และคนงานรายวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.50 เท่า เมื่อเทียบกับคนงานที่เป็นลูกจ้างประจำ (Kang, Kang, Lee, & Yoon, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มแรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานผลิตเสื้อผ้าที่พบว่า แรงงานแบบพาร์ทไทม์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าแรงงานที่เป็นลูกจ้างประจำ (Fitch et al., 2017) เมื่อพิจารณาตามลักษณะอาชีพพบว่า คนงานที่ใช้แรงงานมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพนักงานตามออฟฟิศ หรือผู้บริหาร (Kim et al., 2016)

4.2 สภาพแวดล้อมในการทำงาน พบว่าสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน การประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ทำงานมีโอกาสป่วยด้วยอาการซึมเศร้าสูงกว่าอาชีพที่ไม่มีความเสี่ยงสูงถึง 8.30 เท่า ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (An et al., 2015) นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน การได้รับบาดเจ็บซ้ำจากการทำงาน ระยะเวลาพักรักษาตัว

ในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการบาดเจ็บ เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า (Chin et al., 2017; Lin et al., 2014)

4.3 การดกงานหรือว่างงาน พบว่า อาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการสูญเสียงาน (Kim, Muntaner, Kim, Jeon, & Perry, 2013; Yoon, Choi, Jang, Lee, & Park, 2017) เมื่อประชากรวัยแรงงานอยู่ในภาวะดกงานหรือว่างงาน ย่อมนำมาซึ่งการสูญเสียรายได้ ในขณะที่ยังมีภาระรายจ่ายอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความเครียดและอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลธรรมดาและผู้ป่วยทางจิตเวช แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินต่างๆ เช่น แบบสำรวจภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory [BDI]) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q), The Nine-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Thai Depression Inventory (TDI) (ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2554)

2. การประเมินโดยผู้รักษา ในประเทศไทยใช้ 2 เกณฑ์ หรือ 2 ระบบ ในการวินิจฉัย คือ ICD (International Classification of Diseases and health-related disorders) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) (พจนา เปลี่ยนเกิด, 2557)

ทั้งนี้ ระบบการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในประชาชน เริ่มต้นจากวิธีการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ซึ่งเป็นการคัดกรองที่ใช้ได้กับทุกกลุ่มวัย เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่จะป่วย ผู้ที่มีผลการคัดกรองว่ามีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มจากการคัดกรองแบบ 2Q จะต้องเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินความรุนแรง

ของภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หรือแบบประเมินระดับความรุนแรงเฉพาะกลุ่มวัยที่แตกต่างกันไป (อัมพรเบญจพลพิทักษ์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553)

การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน

การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และส่วนที่เกี่ยวข้องกับที่ทำงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีดังนี้

1.1 บุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต ในส่วนการส่งเสริมสุขภาพกาย เน้นการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ และให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิต เน้นการเพิ่มความรู้ สร้างความตระหนัก และส่งเสริมการทำกิจกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น การออกกำลังกาย จากการติดตามผลของการออกกำลังกายในคนงานชาวญี่ปุ่นเป็นเวลา 5.80 ปี พบว่า คนงานกลุ่มที่มีการออกกำลังกายแบบ moderate exercise เช่น วิ่งจ็อกกิ้ง เต้นแอโรบิก และที่มีการออกกำลังกายแบบ vigorous exercise เช่น การวิ่งเร็ว ปั่นจักรยานเร็ว สามารถช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Kuwahara et al., 2018) นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่า กิจกรรมการทำสวนสามารถช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยแรงงานได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีกิจกรรมทางกายทำให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ได้ออกกำลังกาย และได้ใช้เวลาว่างในการผ่อนคลายจิตใจ (Lee et al., 2017)

1.2 ครอบครัว โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตของคนในครอบครัว จัดกิจกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน เน้นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีของคนในครอบครัว ส่งเสริมการมีกิจกรรมร่วมกันของครอบครัว และการดูแลช่วยเหลือกันของคนในครอบครัว ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษพบว่า ความสุขจากครอบครัวช่วยเพิ่มระดับสมรรถภาพชีวิตกับการทำงาน และกำลังใจจากครอบครัวเป็นแรงผลักดันให้คนทำงานในภาคอุตสาหกรรมไฟฟ้า

อุปสรรคได้ การส่งเสริมสมรรถภาพชีวิตการทำงานด้วยโปรแกรมการบริหารจัดการด้านเวลาการทำงาน ควบคู่กับการสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เป็นอีกแนวทางในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีของบุคคลในครอบครัว (จัมพรให้ลายอง, ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, และมะลิวัลย์ ชันเล็ก, 2560)

1.3 ชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน สร้างเครือข่ายสุขภาพจิต ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกัน โดยชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรอื่นๆ ในชุมชนให้การดูแล ช่วยเหลือประชากรวัยแรงงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Goldie, Elliott, Regan, Bernal, & Makurah, 2016)

2. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับที่ทำงาน มีดังนี้

2.1 ลักษณะงาน โดยเน้นการฝึกทักษะการจัดการความเครียดจากการทำงาน เช่น การจัดอบรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy [CBT]) โดยเน้นที่การปรับความคิดของบุคคล เสริมทักษะการเผชิญปัญหา และการปรับพฤติกรรมป้องกันตนเองเมื่อเกิดความเครียดจากการทำงาน รวมถึงการส่งนักจิตวิทยาเข้าไปให้ความรู้ ช่วยเหลือ และการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในวัยแรงงาน (D'Arcy & Meng, 2014; Harvey et al., 2014)

2.2 สภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ส่งผลทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพนักงาน ดังนั้น จึงเน้นการให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยจากการทำงาน รวมถึงการแนะนำการจัดสถานที่ทำงานให้ได้สัดส่วน สะอาดปลอดภัย นอกจากนี้ การสร้างกิจกรรมการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร สร้างการมีสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา และส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายหรือการจัดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในที่ทำงาน เพื่อลดความตึงเครียดและแรงกดดันที่เกิดจากงานและการทำงาน รวมถึงการสร้างแกนนำทีมดูแลสุขภาพจิตในองค์กรหรือหน่วยงาน เพื่อเป็นผู้ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างหน่วยงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือทีมสุขภาพจิต จะสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงานได้ (D'Arcy & Meng, 2014; Harvey et al., 2014)

การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

บุคคลทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งประชากรวัยแรงงาน ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยการบำบัดรักษา ซึ่งมีหลายรูปแบบ ดังนี้ (ดราวารรณ ต๊ะปิ่นตา, 2556; สายฝน เอกวางกูร, 2553)

1. การรักษาทางกายภาพ (physical therapies) ที่สำคัญคือ การรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressant drug) ซึ่งแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม tricyclic กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors และกลุ่ม new generation ซึ่งแพทย์จะระบุการใช้ยาที่แตกต่างกันไปตามสภาพอาการของแต่ละบุคคล การรักษาด้วยยาส่งผลต่อสารสื่อประสาทในสมองส่วนที่ควบคุมความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ให้กลับสู่สภาวะสมดุล

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electro convulsive therapy [ECT]) ใช้ในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะส่งผลต่อสารสื่อประสาทในสมองส่วนที่ควบคุมความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ให้กลับสู่สภาวะสมดุล

3. การบำบัดทางจิตใจหรือการทำจิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการให้หลักการสัมพันธภาพรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหา เพื่อนำไปสู่การยอมรับปัญหา สาเหตุ และมุ่งหาแนวทางแก้ไขปัญหของตนเอง รวมถึงการส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสม ทั้งนี้มีแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางจิตสังคม ที่ผู้บำบัดสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางตามความเหมาะสม ดังนี้

3.1 การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย (exercise therapy [ET]) มีหลักฐานว่าการออกกำลังกายมีผลต่อภาวะซึมเศร้า (Kuwahara et al., 2018) ซึ่งนอกจากจะเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังสามารถรักษาอาการซึมเศร้าได้

3.2 การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy [CT]) เน้นการแก้ไขความคิดด้านลบ กระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามองเห็นและเข้าใจความคิดด้านลบ และผลกระทบ

ที่เกิดขึ้นจากความคิดที่บิดเบือน จากนั้นเข้าสู่กระบวนการปรับวิธีคิดทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

3.3 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy [CBT]) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้บุคคลได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบ วิธีการ และกระบวนการคิด ใช้หลักการสะท้อนให้บุคคลมองเห็นลักษณะความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องแก้ไข

3.4 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy [IPT]) เน้นการบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป้าหมายของการบำบัดคือ เพื่อช่วยให้บุคคลมีแนวทางและวิธีการที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคม

สรุป

ภาวะซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาสำคัญในประชากรวัยแรงงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ และการทำงาน โดยเฉพาะปัจจัยทางจิตใจ ที่ประกอบด้วย ความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การประเมินภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ยังไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม ทั้งนี้ ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ สามารถนำไปสู่การวางแผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้รูปแบบเฉพาะที่เหมาะสมกับประชากรวัยแรงงาน อันเป็นการวางแผนการป้องกันในระดับปฐมภูมิสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในชุมชน อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยการบำบัดรักษาที่เหมาะสม เช่น การใช้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดทางจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงแรงงาน. (2560). *สถานการณ์และการเตือนภัยด้านแรงงาน ปี 2560 (มกราคม-ธันวาคม 2560)*. สืบค้นจาก http://www.mol.go.th/sites/default/files/full_2560.pdf
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2558*. สืบค้นจาก <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>
- จรัมพร ไช้ถ่ายอง, ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, และมะลิวัลย์ ชันเล็ก. (2560). งาน ครอบครัว สังคม: สมดุลชีวิตกับการทำงานที่มากกว่าการจัดสรรเวลาของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมการผลิต. *วิศวกรรมสาร มก.*, 30(100), 87-102.
- จันทร์รัตน์ เลิศทองไทย. (2556). *ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางกระดูกและกล้ามเนื้อ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันรัตน์ บุญนา. (2555). *ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีอายุตั้งแต่ 50-60 ปี บริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) ในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดร.ณรรณ จันทรแก้ว, ชนกวพร จิตปัญญา, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวรวารสารคนรินทร์*, 4(3), 14-28.
- ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2554). แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย: ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 11(4), 667-676.
- นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลดาวรัชย์, เพชรรัตน์ บุตะเปีย, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 439-446.
- ปราณีนา ทองศรี, อารยา เขียงทอง, และธนยศ สุมาลัยโรจน์. (2561). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในข้าราชการตำรวจจราจรเขตนครบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(1), 59-76.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, และสุริย์พร พันพื้ง. (บ.ก.). (2556). *การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 18-21.
- มาลินี อยู่ใจเย็น, สุทธนันท์ กัลละ, ศศิวิมล บุรณะเรข, และไฉนภา แก้วจันทร์. (2561). การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 34(3), 100-107.
- วไลพรณ เอี่ยมกมล, ชนกวพร จิตปัญญา, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะไขสันหลัง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(1), 30-41.
- วิชัย เอกพลากร. (บ.ก.). (2559). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ศิริพร จิรวัดนกุล, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, และเยาวเรศ สุดตะโท. (2555). เพศหญิงหรือความเป็นหญิง... จึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1), 61-74.

- สามารถ สุวรรณภักดี, และอารมย์ สุขน้อย. (2557). การจัดการปัจจัยเสี่ยงภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการเรียนรู้สาเหตุ กรณีศึกษา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(3), 403-411.
- สายฝน เอกวรรณกูร. (2553). รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 4: ตุลาคม-ธันวาคม 2557*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/รายได้รายจ่ายครัวเรือน/ภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน.aspx>
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. (2561). *รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2560*. สืบค้นจาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents?g=11>
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, และพีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์, และลัดดา คำริการเลิศ. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. สืบค้นจาก <http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/13264>
- An, S. J., Chung, Y. K., Kim, B. H., Kwak, K. M., Son, J. S., Koo, J. W., ... Kwon, Y. J. (2015). The effect of organisational system on self-rated depression in a panel of male municipal firefighters. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 27(1), 1.
- Charoenpaitoon, S., Jirapongsuwan, A., Sangon, S., Sativipawee, P., & Kalampakorn, S. (2012). Factors associated with depression among Thai female workers in the electronics industry. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(Suppl. 6), 141-146.
- Chin, W. S., Shiao, J. S., Liao, S. C., Kuo, C. Y., Chen, C. C., & Guo, Y. L. (2017). Depressive, anxiety and post-traumatic stress disorders at six years after occupational injuries. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(6), 507-516.
- D'Arcy, C., & Meng, X. (2014). Prevention of common mental disorders: Conceptual framework and effective interventions. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 294-301.
- Fitch, T. J., Moran, J., Villanueva, G., Sagiraju, H. K. R., Quadir, M. M., & Alamgir, H. (2017). Prevalence and risk factors of depression among garment workers in Bangladesh. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(3), 244-254.
- Goldie, I., Elliott, I., Regan, M., Bernal, L., & Makurah, L. (2016). *Mental health and prevention: Taking local action for better mental health*. Retrieved from <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/mental-health-and-prevention-taking-local-action-for-better-mental-health-july-2016.pdf>

- Harvey, S. B., Joyce, S., Tan, L., Johnson, A., Nguyen, H., Modini, M., & Groth, M. (2014). *Developing a mentally healthy workplace: A review of the literature*. Retrieved from https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/developing-a-mentally-healthy-workplace_final-november-2014.pdf?sfvrsn=8
- Kang, M. Y., Kang, Y. J., Lee, W., & Yoon, J. H. (2016). Does long-term experience of nonstandard employment increase the incidence of depression in the elderly?. *Journal of Occupational Health*, 58(3), 247-254.
- Kim, S. S., Muntaner, C., Kim, H., Jeon, C. Y., & Perry, M. J. (2013). Gain of employment and depressive symptoms among previously unemployed workers: A longitudinal cohort study in South Korea. *American Journal of Industrial Medicine*, 56(10), 1245-1250.
- Kim, W., Park, E. C., Lee, T. H., Ju, Y. J., Shin, J., & Lee, S. G. (2016). The impact of occupation according to income on depressive symptoms in South Korean individuals: Findings from the Korean Welfare Panel Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 227-234.
- Kuwahara, K., Honda, T., Nakagawa, T., Yamamoto, S., Hayashi, T., & Mizoue, T. (2018). Intensity of leisure-time exercise and risk of depressive symptoms among Japanese workers: A cohort study. *Journal of Epidemiology*, 28(2), 94-98.
- Lee, K. J., & Kim, J. I. (2015). Relating factors for depression in Korean working women: Secondary analysis of the fifth Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V). *Asian Nursing Research*, 9(3), 265-270.
- Lee, K. J., Jung, S. W., Lee, H. S., Kim, G. H., Lee, J. G., Lee, J. H., & Kim, J. J. (2017). Relationship of activities outside work to sleep and depression/anxiety disorders in Korean workers: The 4th Korean working condition survey. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 29, 51.
- Lin, K. H., Shiao, J. S., Guo, N. W., Liao, S. C., Kuo, C. Y., Hu, P. T., ... Guo, Y. L. (2014). Long-term psychological outcome of workers after occupational injury: Prevalence and risk factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1), 1-10.
- Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 36-46.
- Sujinnapram, M., Meksawan, K., & Pongthananikorn, S. (2018). Relationship between dietary pattern and depression among a working age population in Bangkok. *Journal of Public Health*, 48(3), 296-307.
- Yoon, H. J., Choi, J. W., Jang, S. Y., Lee, S. A., & Park, E. C. (2017). The effect of job loss on depressive symptoms: The results from the Korean Welfare Panel Study (2007-2013). *International Journal of Social Psychiatry*, 63(1), 57-62.

การดูแลพระภิกษุอาพาธสำหรับพยาบาล ตอนที่ 2: การดูแลพระภิกษุอาพาธที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

Care of Sick Buddhist Monks for Nurses

Part 2: Care of Sick Buddhist Monks in Inpatient Department



ชดช้อย วัฒนะ, ปส.ด. (การพยาบาล) ¹

Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing) ¹

Received: May 21, 2019

Revised: June 19, 2019

Accepted: June 20, 2019

พระภิกษุ จัดเป็นกลุ่มบุคคลที่มีวัฒนธรรมเฉพาะ โดยดำเนินชีวิตอยู่ในกรอบพระธรรมวินัย ในฐานะที่ประเทศไทยได้ชื่อว่า “เป็นเมืองพุทธ” สิ่งที่เป็นบุคลากรที่มีสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลพระภิกษุอาพาธโดยตรงพึงตระหนักคือ การปฏิบัติดูแลพระภิกษุอาพาธควรกระทำอย่างเหมาะสมตามหลักวิชาการ และสอดคล้องกับข้อบัญญัติทางศาสนาเพื่อให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและไม่กระทบต่ออวัตรของพระภิกษุ ผู้เคร่งครัดในพระวินัยอันเป็นกิจที่พุทธศาสนิกชนพึงกระทำ และเป็นการช่วยบำรุงพระพุทธศาสนาได้ทางหนึ่ง

บทความนี้เป็นบทความต่อเนื่องจากการดูแลพระภิกษุอาพาธสำหรับพยาบาลตอน การดูแลพระภิกษุอาพาธที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยในครั้งนี้เป็นการนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลพระภิกษุอาพาธที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

การดูแลเมื่อพระภิกษุเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

หากพระภิกษุต้องเข้ารับการรักษาโดยพักรักษาตัว

ในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือต้องรับการรักษาและสังเกตอาการใกล้ชิด สิ่งที่ยาบาลควรปฏิบัติเพื่อการดูแลพระภิกษุที่อาพาธอย่างเหมาะสม มีดังนี้

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

หากพระภิกษุจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตามการวินิจฉัยของแพทย์ พยาบาลควรให้ข้อมูลให้ทราบเบื้องต้นว่าห้องพักรักษาตัวมีลักษณะอย่างไรเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษา

การจัดที่พักที่เหมาะสม

หากจำเป็นต้องเข้าพักในหอผู้ป่วยสามัญร่วมกับฆราวาสอื่น เนื่องจากไม่มีตึกสงฆ์แยกเฉพาะพยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรพิจารณาจัดเตียงให้แก่พระภิกษุ โดยจัดหามุมสงบ ห่างจากสายตาผู้อื่นหรือหลีกเลี่ยงตำแหน่งที่มีผู้คนเดินผ่านไปมา อาจจัดหาฉากหรือม่านกั้นตามสมควร โดยกราบเรียนขอความเห็นเกี่ยวกับที่ที่เหมาะสมจากพระภิกษุ

¹ นักวิชาการอิสระ

¹ Freelance Academic Researcher, E-mail: wattanach@hotmail.com

การปฏิบัติในการถวายภัตตาหารหรือยา

ในการถวายภัตตาหารพยาบาลควรสอบถามพระภิกษุเกี่ยวกับเวลาในการฉันภัตตาหารตามปกติ จำนวนมือในการฉัน รวมทั้งประเภทภัตตาหาร เช่น มังสวิรัติ เพื่อประสานกับฝ่ายโภชนาการในการจัดเตรียมภัตตาหารถวายพระภิกษุได้ถูกต้อง ในกรณีที่บางโรงพยาบาลไม่มีฝ่ายโภชนาการ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ควรมีการประสานร้านค้าหรือแจ้งญาติโยมที่ยินดีในการอุปฐากเพื่อดูแลจัดเตรียมภัตตาหารถวายแก่พระภิกษุอาพาธ

สำหรับเวลาในการฉันภัตตาหารตามปกติ พระภิกษุต้องมีเวลาในการฉันภัตตาหารเสร็จไม่เกินเที่ยง หากเลยจากนั้นจะเป็นอาบัติ ดังนั้นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรติดต่อประสานงานกับฝ่ายโภชนาการเพื่อให้จัดเตรียมภัตตาหารมาถวายได้ทันเวลาสำหรับการถวายน้ำปानะหลังเที่ยง สามารถจัดเตรียมน้ำหวานสำเร็จรูป หรือน้ำผลไม้ที่ทำจากผลไม้สดเล็กน้อยที่กรองเอากากออก หรือน้ำผลไม้สำเร็จรูปที่ไม่มีกากและไม่มีส่วนผสมของผักหรือธัญพืชเพื่อถวายพระภิกษุอาพาธได้โดยในการถวายภัตตาหารหรือน้ำปानะให้มีการกำชับว่าผู้ทำหน้าที่ถวายต้องประเคนเสมอ หากพระภิกษุไม่รู้สีกตัวและต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ถวายก็ควรกราบเรียนว่านำอาหารมาถวายโดยไม่ต้องประเคน

สิ่งที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรทราบเพื่อถือปฏิบัติในการดูแลพระภิกษุอาพาธประการหนึ่ง คือ “วินัย” ของพระภิกษุอันเป็นสิ่งที่สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงบัญญัติไว้ถือเป็นข้อปฏิบัติไม่ใช่ข้อห้าม ทั้งนี้สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้กำหนดพระวินัยเกี่ยวกับความจำเป็นของพระภิกษุอาพาธ โดยการอนุโลมให้สามารถฉันภัตตาหารได้หลังเวลาวิกาลหรือหลังเที่ยง โดยถือเป็นข้อยกเว้นหรือลดหย่อนเมื่อยามป่วยไข้ส่วน “ข้อวัตรปฏิบัติ” เป็นเรื่องของบุคคล พระภิกษุบางรูปถือ “ธุดงค์วัตร” ซึ่งหมายถึงข้อปฏิบัติที่เข้มงวดเป็นพิเศษเพื่อขัดเกลาหรือกำจัดกิเลส โดยเป็นข้อปฏิบัติสำหรับพระภิกษุผู้สมัครใจจะพึงสมาทานตามกำลังดั้นนั้น พยาบาลจึงไม่ควรทำการตัดสินใจแทนพระภิกษุหรือคิดเอาเองว่าพระภิกษุทุกรูปจะปฏิบัติเหมือนกัน ควรให้พระภิกษุเป็นผู้ตัดสินใจเองเนื่องจากหลักบางประการ

เป็นเรื่องทางศาสนา หลักบางประการเป็นเรื่องส่วนบุคคล จึงต้องพิจารณาเป็นรายบุคคลว่าพระภิกษุยึดข้อวัตรอย่างเคร่งครัดเพียงใด โดยสอบถามจากพระภิกษุแต่ละรูปโดยตรง

สำหรับการถวายยาแก่พระภิกษุหากเป็นยาชนิดรับประทาน จำเป็นต้องมีการประเคนก่อนเสมอ ควรมีการกราบเรียนให้พระภิกษุทราบว่าได้จัดยาถวาย ทั้งนี้การจัดยาถวายจำเป็นต้องทราบเวลาฉันภัตตาหารตามปกติของพระภิกษุหากเป็นยาที่ต้องฉันอิงกับมื้ออาหาร เช่น ต้องฉันหลังอาหารทันทีเนื่องจากพระภิกษุแต่ละวัดจะมีเวลาในการฉันภัตตาหารแตกต่างกัน

ทั้งนี้ การประเคน เป็นการทำให้เกิดความชัดเจนว่าเป็นการให้หรือยกให้ ซึ่งเน้นเฉพาะอาหารหรือยาชนิดรับประทาน เพื่อเป็นการป้องกันการทักท้วงเอาเองว่าเจ้าของอนุญาตซึ่งก่อให้เกิดอาบัติสำหรับพระภิกษุให้หากเจ้าของมิได้มีเจตนาจะถวายในกรณีที่ต้องการถวายพระภิกษุแต่หากพระภิกษุจำวัดอยู่ หรือไม่พร้อมรับประเคนในขณะนั้น ผู้จัดเตรียมมาถวายสามารถวางไว้ก่อนแล้วให้โยมอุปฐากประเคนแทนได้

สิ่งที่พยาบาลพึงตระหนักในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาสำหรับพระภิกษุ คือการใช้คำในการอธิบายทั้งนี้ ตามปกติในการให้ยา พยาบาลมักอธิบายประเภทของยาและการออกฤทธิ์ก่อนที่จะให้แก่ผู้ป่วยสำหรับพระภิกษุให้ฟังระวังในการใช้คำอธิบายเกี่ยวกับยาบางชนิดที่อยู่ในกลุ่มยาปฏิชีวนะ (antibiotics) ในความหมาย anti หมายถึงต่อต้าน bios หมายถึง ชีวิต ซึ่งสิ่งมีชีวิตในที่นี้คือ จุลชีพหรือสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กๆ ซึ่งก็คือ “เชื้อโรค” นั่นเอง ดังนั้นยาปฏิชีวนะ ก็คือ ยาขับยั้ง ฆ่า และ/หรือต้านจุลชีพ ซึ่งโดยทั่วไปมักเป็นเชื้อแบคทีเรีย บางคนจึงเรียกสั้นๆ ว่า “ยาฆ่าเชื้อ” ซึ่งหากพระภิกษุที่ปฏิบัติเคร่งครัดอาจปฏิเสธการรับยาดังกล่าว พยาบาลจึงควรใช้คำพูดที่เหมาะสมโดยหลีกเลี่ยงคำพูดที่แสดงถึงความมุ่งร้ายหรือเบียดเบียนสิ่งมีชีวิตที่เป็นเชื้อโรค เช่น คำว่า “ฆ่า” โดยใช้คำว่า “ยาด้านเชื้อ” หรือ “ยาแก้อักเสบ” หรือ “ยารักษาการอักเสบของแผล” แทน เมื่ออธิบายเสร็จควรยกประเคนหรือวางบนถาด หรือให้โยมอุปฐากเป็นผู้รับถวาย



ส่วนยานี้หรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งยาประเภทอื่น เช่น ยาทา ไม่จำเป็นต้องประคบเพียงแต่กราบเรียนให้พระภิกษุทราบหรือบอกกล่าวว่าจะทำอะไรให้ถือเป็นการแสดงเจตนาหรือความตั้งใจ

การปฏิบัติเกี่ยวกับเครื่องนุ่งห่มของพระภิกษุ

ประเด็นที่เป็นข้อข้องใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีหลายประการ ดังนี้

- เมื่อพระภิกษุอาพาธและต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลควรเปลี่ยนเครื่องนุ่งห่มของท่านเป็นชุดโรงพยาบาลหรือไม่?

- พยาบาลผู้ทำการเปลี่ยนเครื่องนุ่งห่มของพระภิกษุเป็นชุดโรงพยาบาลเป็นการทำผิดหลักศาสนาหรือไม่?

- หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนเครื่องนุ่งห่มของพระภิกษุเนื่องจากปฏิบัติการพยาบาลไม่สะดวกควรทำอย่างไร?

- หากเครื่องนุ่งห่มของพระภิกษุเปื้อนหรือไม่สะอาด จำเป็นต้องถอดออก ควรทำอย่างไร?

- ผ้าผืนใดบ้างที่เป็นสัญลักษณ์ของพระภิกษุและห้ามถอด?

สิ่งที่พยาบาลควรทราบเพื่อพิจารณา คือ เครื่องนุ่งห่มของพระภิกษุประกอบด้วยผ้า 3 ผืน ได้แก่ จีวร (ผ้าที่ใช้คลุมหรือห่มภายนอก) สบง (ผ้าห่ม) และสังฆาฏิ(ผ้าพับที่ใช้พาดบ่าเมื่อร่วมพิธีกรรม)โดยเฉพาะเมื่อต้องรับพระภิกษุไว้รักษาในโรงพยาบาลซึ่งต้องมีการล้างแรมผ้าทั้ง 3 ผืน จะต้องอยู่ใกล้ตัวหรืออยู่กับตัวพระภิกษุในระยะที่หยิบถึงในช่วงใกล้รุ่งขึ้นวันใหม่เพื่อไม่ให้เกิดอาบัติ

สิ่งที่พยาบาลพึงปฏิบัติ ทำได้ดังนี้

- หากไม่มีผลกระทบต่อการตรวจพิเศษ

หรือการรักษา ควรพิจารณาถึงความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนเครื่องนุ่งห่มของพระภิกษุแต่หากมีความจำเป็นให้ชี้แจงเหตุผลเพื่อให้พระภิกษุพิจารณาและให้ท่านเป็นผู้ตัดสินใจและทำการถอดผ้าครองตามที่เห็นสมควรด้วยตนเองหรือให้พระอุปัชฌายเป็นผู้ดำเนินการไม่ควรยึดตามระเบียบโดยเปลี่ยนให้สวมชุดโรงพยาบาลโดยพลการและไม่ขออนุญาตพระภิกษุหากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานทางสุขภาพอื่นๆ สามารถจัดเตรียมเครื่องนุ่งห่มแยกเฉพาะสำหรับพระภิกษุโดยใช้สีคล้ายจีวรของพระภิกษุ และไม่นำไปใช้ปะปนกับผู้ป่วยทั่วไปจะเป็นการดียิ่ง โดยเป็นการเอื้อต่อการปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลและการรักษาพระวินัยของพระภิกษุไปพร้อมๆ กัน

- หากเป็นพระภิกษุที่ปฏิบัติเคร่งครัดในการรักษาพระวินัยที่สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงบัญญัติไว้ควรอนุโลมให้พระภิกษุใช้สบงหรือเครื่องนุ่งห่มของพระภิกษุที่โยมอุปัชฌายหรือศิษย์วัดเป็นผู้จัดเตรียมมาให้เป็นการเอื้อให้พระภิกษุผู้เคร่งครัดได้รักษาพระวินัยที่ท่านได้ยึดถือและไม่ต้องการลดหย่อนแม้ในยามอาพาธ

การปฏิบัติในการดูแลที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของพระภิกษุ

การดูแลที่เกี่ยวข้องกับร่างกายในที่นี้ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การปลงผม การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการเปลี่ยนผ้าครอง

หากพระภิกษุไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้และไม่มีโยมอุปัชฌาย ควรจัดหาเจ้าหน้าที่ชายหรือจิตอาสาชายในการทำทำความสะอาดร่างกายและก่อนวันพระให้ทำการปลงผม โดยพระภิกษุมหานิกายส่วนใหญ่จะปลงผมเดือนละ 2 ครั้ง คือ วันขึ้น 14 ค่ำ (ก่อนวันพระขึ้น 15 ค่ำ)และวันแรม 14 ค่ำ (ก่อนวันพระแรม 15 ค่ำ) หากเดือนใดไม่มีวันแรม 15 ค่ำ จะปลงผมในวันแรม 13 ค่ำ (ก่อนวันพระแรม 14 ค่ำ)แต่พระภิกษุธรรมยุตินิกายส่วนใหญ่จะปลงผมครั้งเดียวคือวันขึ้น 14 ค่ำของทุกเดือนนอกจากนี้ พระวินัยยังกำหนดไม่ให้พระภิกษุมีหนวดหรือเล็บยาว ดังนั้นควรจัดให้เจ้าหน้าที่ชายหรือจิตอาสาชายดูแลโกนหนวดและตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ

ในกรณีที่ไม่มีบุรุษพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ชาย ในการให้การดูแล พยาบาลควรสอบถามพระภิกษุว่า ควรปฏิบัติอย่างไรโดยลักษณะการถามไม่ควรใช้คำถามที่ทำให้พระภิกษุไม่มีทางเลือก ซึ่งถือเป็นการสร้างความลำบากใจให้แก่พระภิกษุควรมีการเสนอทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อความสะดวกใจของทั้งสองฝ่าย อันเป็นการทำตามศรัทธาหรือน้ำใจของพยาบาลผู้ดูแล มิใช่ข้อบังคับ ดังตัวอย่าง

คำถามที่ไม่ควรใช้: “หลวงพ่อกะ ดิฉันไม่มีพยาบาลผู้ชาย มีแต่พยาบาลผู้หญิง หากต้อง...ให้น้ำเกลือ/เจาะเลือด/เช็ดตัว/ปลงผมหรือเปลี่ยนผ้า...หลวงพ่อกะขออนุญาตให้พยาบาลผู้หญิงทำให้ได้มั๊ยคะ...”

คำถามที่ควรใช้: “หลวงพ่อกะ ดิฉันไม่มีพยาบาลผู้ชาย มีแต่พยาบาลผู้หญิง หากต้อง...ให้น้ำเกลือ/เจาะเลือด/เช็ดตัว/ปลงผมหรือเปลี่ยนผ้า...หลวงพ่อกะควรทำอย่างไรดีคะ...” (เพื่อเปิดโอกาสให้พระภิกษุได้พิจารณาหาทางเลือกของตนเองที่เหมาะสม หรือแม้แต่ปฏิเสธวิธีการรักษานั้น ๆ)

ข้อปฏิบัติอื่น ๆ อันเป็นการเอื้อต่อการปฏิบัติตามพระวินัยของพระภิกษุในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

ในระหว่างที่พระภิกษุอาพาธและพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจเกิดความไม่สะดวกเกี่ยวกับข้าวของเครื่องใช้ที่จำเป็น เนื่องจากตามพระวินัยพระภิกษุไม่สามารถกล่าวขอสั่งของใดๆ จากบุคคลที่ไม่ได้ปวารณาออกจากญาติในสายเลือด ยกเว้นว่ามีผู้จัดมาถวายเองดังนั้นพยาบาลควรดูแลจัดสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เช่น ป้างจยส์นอกจากนี้สิ่งที่พยาบาลสามารถกระทำได้เพื่อเป็นการเอื้อให้พระภิกษุสามารถบอกได้ว่าต้องการสิ่งใดที่ไม่ขัดต่อพระวินัย คือการกล่าวต่อพระภิกษุว่าในระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลขอปวารณาถวาย... (ระบุน เช่น อาหาร ยา ป้างจยส์ สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น..) หากพระภิกษุต้องการสิ่งใด ให้แจ้งแก่ใคร เพื่อจะได้นำมาจัดถวาย ทั้งนี้ให้ดูแลตามอหยาธัยของพระภิกษุรูปนั้น ๆ เป็นหลัก โดยควรกราบเรียนถามท่านก่อนเพราะพระภิกษุจะสามารถกล่าวขอสั่งของได้เฉพาะจากบุคคลที่เคยปวารณาเท่านั้น ไม่ขอพร้าเพรื่อ ในการปวารณา ควรปวารณาตามหน้าที่

และศรัทธา พึงระวังว่า อย่าทำอะไรที่ทำให้เป็นเรื่องยุ่งยาก เพราะจะทำให้ผู้ไม่มีศรัทธารู้สึกว่าการดูแลพระภิกษุอาพาธกลายเป็นเรื่องยุ่งยาก ลำบากใจ

ตัวอย่าง การกล่าวปวารณา

พยาบาล: “หากหลวงพ่อกะต้องการสิ่งใดเพิ่มเติม ก็แจ้งแก่โยมได้เลยนะคะ/ครับ”

ข้อควรปฏิบัติในการส่งตรวจพิเศษหรือทำหัตถการบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับพระวินัย

ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระภิกษุอาจต้องได้รับการตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัย รวมถึงหัตถการ ซึ่งการตรวจพิเศษหรือหัตถการบางอย่างอาจทำให้เกิดอาบัติหากปฏิบัติไม่เหมาะสม ซึ่งพระภิกษุที่เคร่งครัดอาจเกิดความลำบากใจหรือปฏิเสธการรักษาเนื่องจากความเคร่งครัดในการรักษาศรีวิชัยของพระแต่ละวัดหรือแต่ละนิกายอาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจึงควรคำนึงถึงโดยให้ถือการปฏิบัติที่เคร่งครัดเป็นมาตรฐานเพื่อให้เกิดผลดีต่อพระภิกษุโดยรวม

ทั้งนี้ ก่อนทำการส่งตรวจพิเศษหรือหัตถการใด ๆ พยาบาลพึงตระหนักว่าต้องกราบเรียนให้พระภิกษุทราบเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการตรวจเพื่อให้ท่านพิจารณาและตัดสินใจก่อน หรือควรให้อ่านเอกสารที่แสดงข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจอย่างละเอียด โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแต่งกายในขณะรับการตรวจ การเปิดเผยร่างกาย เวลาในการตรวจ ผู้ทำการตรวจ ผู้เข้าร่วมในการตรวจว่าเป็นเพศหญิงหรือเพศชายหรือทั้งสองเพศ สภาพห้องตรวจ การจัดทำในการตรวจ หากจำเป็นต้องเปิดเผยร่างกายควรอนุโลมหรือเหลือผ้าครองตามที่พระภิกษุรูปนั้นเห็นสมควรและไม่เกิดผลเสียนอกจากนี้ ในกรณีที่ต้องมีการเตรียมร่างกายก่อนทำการตรวจหรือทำหัตถการพิเศษหรือการผ่าตัด เช่น การโกนขน ควรขออนุญาตพระภิกษุก่อนเสมอเนื่องจากหากกระทำโดยไม่สมควรจะทำให้เกิดอาบัติได้

การดูแลพระภิกษุอาพาธในระยะสุดท้าย

การดูแลพระภิกษุอาพาธในระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ที่เป็นชมราวาสแต่มีความละเอียดอ่อนมากกว่าเนื่องจากต้องใช้การสังเกต ใส่ใจและระมัดระวังการละเมิดพระวินัย โดยเฉพาะพระภิกษุที่มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติมาก อย่างไรก็ตาม การดูแลที่เหมาะสมต้องเกิดจากการประเมินข้อมูลซึ่งอาจเกิดจากการสอบถามจากพระภิกษุโดยตรงหรือจากผู้ปฏิบัติจากใกล้ชิดว่าควรปฏิบัติอย่างไร โดยดูสภาพจิตใจของพระภิกษุเป็นหลัก โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงให้ปฏิบัติต่อพระภิกษุในช่วงระยะสุดท้ายว่าต้องการให้ยาสารน้ำหรืออุปกรณ์ประคองชีพเพียงใด ความต้องการในการได้รับยาระงับปวดชนิดรุนแรงที่อาจส่งผลต่อการควบคุมสติ รวมทั้งอาจสอบถามความต้องการเกี่ยวกับการจัดเตรียมสถานที่หรือบรรยากาศที่เอื้อต่อการนำทางจิตใจขณะที่มีทุกขเวทนา การจัดเตรียมเกี่ยวกับเครื่องนุ่งห่มหาคมรณภาพที่โรงพยาบาลและการปฏิบัติต่อสรีระสังขารหลังมรณภาพ

จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติดูแลพระภิกษุอาพาธเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับควรให้ความสำคัญและร่วมเป็นพลังในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรมเพื่อเป็นการเอื้ออำนวยให้พระภิกษุได้รับการรักษาพยาบาลตามสิทธิขั้นพื้นฐานเช่นเดียวกับประชาชนชาวไทยทุกคน เนื่องจากพระภิกษุสงฆ์เป็นผู้ทรงคุณูปการ ผู้ศึกษาและปฏิบัติพระสัทธรรม แนะนำสั่งสอนเพื่อประโยชน์สุขของเพื่อนมนุษย์และสรรพสัตว์ สืบทอดพระพุทธศาสนาให้ยืนยาวเพื่อเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูต่อคุณูปการของพระภิกษุ ในฐานะพุทธศาสนิกชนจึงควรช่วยอุปถัมภ์บำรุงพระภิกษุทั้งในยามปกติและในยามที่อาพาธ เพื่อให้มีกำลังในการปฏิบัติศาสนกิจโดยการปฏิบัติดูแลพระภิกษุอาพาธควรกระทำด้วยความเคารพในฐานะที่เป็นผู้ทรงศีลและคำนึงถึงการรักษาพระวินัยและข้อวัตรปฏิบัติเพื่อเกื้อกูลพระพุทธศาสนา นับเป็นบุญกุศลที่พุทธศาสนิกชนพึงกระทำ

สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงตรัสว่า “โย ภิกขเวมโฏฐนุญฺเหยฺยโสคิตานํ โฏฐนุญฺเหยฺย” “ผู้ใดปรารถนาจะอุปัฏฐากรัตถาคตผู้นั้นพึงอุปัฏฐากภิกษุอาพาธเถิด”

การที่พุทธศาสนิกชนได้มีโอกาสหรือตั้งใจไปรณินบัติดูแลช่วยเหลือพระภิกษุที่อาพาธ แล้วน้อมจิตระลึกถึงองค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า จะส่งผลต่อจิตใจอันเป็นกุศลเป็นอย่างมาก โดยอานิสงส์ดังกล่าวเปรียบได้กับการอุปัฏฐากพระพุทธรองค์ บุญจากการอุปัฏฐากพระพุทธรองค์ย่อมมีกำลังกุศลอันมหาศาล

กิตติกรรมประกาศ

บทความการดูแลพระภิกษุอาพาธสำหรับพยาบาลฉบับนี้สำเร็จลงได้โดยได้รับความเมตตาในการให้คำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดย พระอาจารย์สมัย อิมมุตโต (เจ้าอาวาสวัดสายกรรมฐานแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี) ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กิตติเมธี ภิกขุ. (2559). *อานิสงส์แห่งการอุปัฏฐากภิกษุอาพาธ*. สืบค้นจาก <http://watbuakhwan.com/blog/1008>
- พระมหาวันชัย สิลเตโช. (2559). บทบาทของพระวินัยธรในพุทธปรัชญาเถรวาท. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์มจร*, 4(พิเศษ), 172-183.
- พระวิจิต ฐมมจิโต. (2560). *การดูแลพระภิกษุอาพาธในโรงพยาบาล*. สืบค้นจาก <http://infocenter.nationalhealth.or.th/sites/default/fil>

