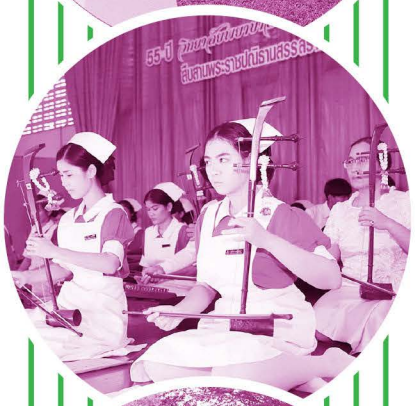
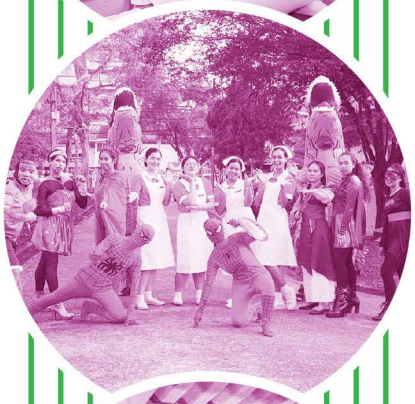
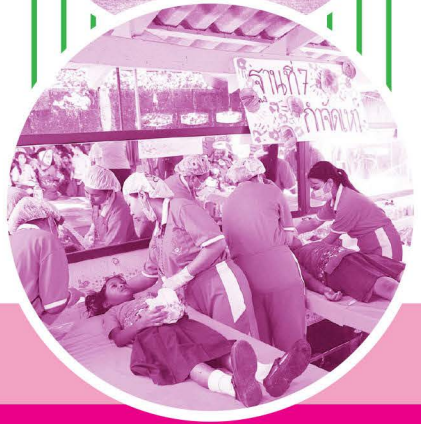
วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE
ISSN 0858-110X (Print) ISSN 2651-0944 (Online)
ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563 Vol. 31 No. 1 January - June 2020







รายงานการวิจัย

- พฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กปวยวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา จังหวัดนครราชสีมา
- ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร
- โมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย
- แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ปวยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด
- ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
- ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา
- สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก
- ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ปวยจิตเภท
- บูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ปวยโรคซึมเศร้า
- ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นด้วยเทคนิคสโนซีเล็นในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
- ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ปวยโรคจิตเภท
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ปวยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด หอผู้ปวยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี
- รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

บทความวิชาการ

- การส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอดโดยการสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว
- การจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในยุคไทยแลนด์ 4.0
- บทบาทของพยาบาลในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
- เครือข่ายสังคมออนไลน์และโมบายแอปพลิเคชันกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปวยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

บทความพิเศษ

- ความอดทน กับเส้นทางสู่ผลลัพธ์ที่สวยงาม

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563 Vol. 31 No. 1 January - June 2020

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ซ.ทองเกษร ลาดพร้าว 71 กรุงเทพฯ)
ดร.มัณฑนา เหมชะญาติ
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
นางสาวเพ็ญนภา พิสัยพันธุ์
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

นางคณิสร เจริญกิจ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

ฝ่ายจัดการ

1. นายนาวิน ทองแสง
2. นางสาวชลิตา วรวุฒิพิศาล

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน (รับบทความถึงสิ้นเดือนธันวาคม)
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม (รับบทความถึงสิ้นเดือนมิถุนายน)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

1. ผศ. ดร.ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ผศ. ดร.ทัศนา ทวีคูณ	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
4. ดร.หรรษา 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 จูลเมตต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

1. ดร.บุศริน เอี่ยวสีหยก	ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
2. นางกรรณิการ์ พรงาม	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 กรุงเทพ
3. ดร.เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
4. ดร.วิรัลพัชร สกุลสันติพร เศลล์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
5. ดร.นงณภัทร รุ่งเนย	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
6. รศ. ดร.ปรารถนา สถิตย์วิภาวี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
9. ผศ. ดร.พิมสุภาว์ จันทนะโสตถิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
10. ผศ. ดร.เพชรรัตน์ เจิมรอด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
11. ผศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
12. ผศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
13. ดร.ศรีสกุล เฉียบแหลม	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
14. ดร.ทองสวย สีทานนท์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
15. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
16. ดร.ธัสมน นามวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
17. ดร.ชญาดา เนตร์กระจ่าง	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
18. ดร.ดาราวรรณ รองเมือง	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
19. ผศ. ดร.ปราณี ธีรโสภณ	นักวิชาการอิสระ
20. ดร.ชดช้อย วัฒนะ	นักวิชาการอิสระ

วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563 Vol. 31 No. 1 January - June 2020

สารบัญ

รายงานการวิจัย

หน้า

- พฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กปวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 1
  สุภา คำมะฤทธิ์ ยุนี พงศ์จตุรวิทย์ นุจรี ไชยมงคล
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา จังหวัดนครราชสีมา 12
  ภิษณี วิจันทึก
- ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 22
  นพรัตน์ สโมสร ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์
- โมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย 33
  ยศพล เหลืองโสมนภา นุสรา ประเสริฐศรี ชวนชม พืชพันธ์ไพศาล
  ลลิตา เดชาวุธ พิมพ์รัตน์ โทกุล
- แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด 43
  สมพร ชินโนรส ชุติมา ดีปัญญา สุภาพร ภูษณวรรณ
- ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 51
  สุวลักษ์ ภูอาษา เพ็ญพักตร์ อุทิศ
- ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา 61
  อรุณี ส่องประเสริฐ สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ สมสมัย รัตนกรีฑากุล
- สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก 72
  นราตรี อภิชัยเจริญ อารีรัตน์ ขำอยู่ วรรณี เดียวอิศเรศ
- ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ 81
  กรรณิการ์ แซ่ตั๊ง วรรณทนา ศุภสีมานนท์ วรรณี เดียวอิศเรศ
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 93
  จิรศักดิ์ ประจงบัว ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์
- บูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 104
  ผ่องพรรณ ภะโว สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์ ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563 Vol. 31 No. 1 January - June 2020

สารบัญ

หน้า

รายงานการวิจัย

- ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นด้วยเทคนิคสโนซีเล็นในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา 117
  ดารินทร์ สิงห์สาธร วุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์ วันเพ็ญ สุขส่ง
- ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท 129
  นิภาวรรณ ศรีโยหะ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี 143
  พิชญา กองทอง อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล
- รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 154
  บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์ จีราภา ศรีท่าไฮ วรัญญา ชลธารกัมปนาท

บทความวิชาการ

- การส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอดโดยการสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว 167
  จารุวรรณ์ ท่าม่วง
- การจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในยุคไทยแลนด์ 4.0 178
  เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล อติพร สำราญบัว
- บทบาทของพยาบาลในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 189
  รัชชนก กลิ่นชาติ
- เครือข่ายสังคมออนไลน์และโมบายแอปพลิเคชันกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 198
  ขวัญชนก เทพปัน ปัทมา สุพรรณกุล
- การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 205
  จันจิรา หินขาว บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์ พรฤดี นิธิรัตน์

บทความพิเศษ

- ความอดทน กับเส้นทางสู่ผลลัพธ์ที่สวยงาม 213
  กัญจนา สงคศาสตร์

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอด การจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล บทบาทของพยาบาลในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และโมบายแอปพลิเคชันในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับบทความพิเศษนั้นเกี่ยวกับความอดทนบนเส้นทางสู่การเป็นบัณฑิตพยาบาล คณะผู้จัดทำวารสารฯ มุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่าง ๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารฯ ตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฯ ฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฯ ฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษ ในวารสารฯ ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิสร เจริญกิจ
บรรณาธิการ

พฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*

Maternal Behavior in Promoting Play for Their Preschool Children Admitted to the Hospital and Its Related Factors*

สุภา คำมะฤทธิ์, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) [1]
Supa Khammarit, M.N.S. (Pediatric Nursing) [1]
ยุนี พงศ์จตุรวิทย์, Ph.D. (Nursing) [2]
Yunee Pongjaturawit, Ph.D. (Nursing) [2]
นุจรี ไชยมงคล, Ph.D. (Nursing) [3]
Nujjaree Chaimongkol, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: September 17, 2019 Revised: April 14, 2020 Accepted: May 1, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และการสนับสนุนจากพยาบาล กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในตึกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 84 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร มีค่าความเชื่อมั่น .94 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย มีค่าความเชื่อมั่น .89 แบบสอบถามพื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน มีค่าความเชื่อมั่น .82 แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .93 และแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน มีค่าความเชื่อมั่น .84 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2560 ถึงเดือนพฤษภาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .402$, $p < .001$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[1] Master, Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nunuynurse@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

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดา เพื่อให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: เด็กวัยก่อนเรียน พฤติกรรมของมารดา การส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship between perception of illness severity, perceived self-efficacy in promoting play for their preschool children, child temperament, nurse support, and maternal behavior in promoting play for their preschool children admitted to the hospital. The samples consisted of 84 mothers of preschool children receiving service at pediatrics department in Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province. The research instruments consisted of the demographic questionnaire, the perception of illness severity questionnaire with the reliability of .94, the perceived self-efficacy in promoting play for their preschool children questionnaire with the reliability of .89, the child temperament questionnaire with the reliability of .82, the nurse support questionnaire with the reliability of .93, and the maternal behavior in promoting play for their preschool children admitted to the hospital questionnaire with the reliability of .84. Data were collected from December, 2017 to May, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research results revealed that perceived self-efficacy in promoting play for their preschool children was positively statistically significant related to maternal behavior in promoting play for their preschool children admitted to the hospital ($r = .402$, $p < .001$).

This research suggests that nurses should promote the perceived self-efficacy of mothers in order to have behaviors in promoting play appropriately.

Keywords: Preschooler, Maternal behavior, Promoting play in the hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยก่อนเรียนถือเป็นช่วงสำคัญของการสร้างรากฐานชีวิต เป็นวัยที่เริ่มรู้จักใช้ความคิด จินตนาการเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการเล่นของตน เด็กวัยนี้จึงเป็นวัยที่ชอบเล่นเป็นอย่างมาก กิจกรรมส่วนใหญ่จึงเป็นการเล่น (ชุลีพร สงวนศรี, 2550) ซึ่งกิจกรรมการเล่นของเด็กถือเป็นการเรียนรู้ แต่เมื่อเด็กวัยก่อนเรียนมีการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการที่เด็กต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ รอบตัวที่ไม่คุ้นเคย กิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำอาจมีการเปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งเด็กอาจรู้สึกสูญเสียอิสรภาพบางประการจากการถูกจำกัดจากกฎระเบียบของโรงพยาบาล (สมพร สุนทราภา, 2555) ดังนั้น เด็กวัยก่อนเรียนที่ป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงมีความต้องการการดูแลหรือส่งเสริมพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเล่นถือเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลของเด็กได้ (วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล, 2555) โดยการเล่นของเด็กวัยก่อนเรียนเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน (Hurlock, 2001) รวมถึงยังกระตุ้นการรับรู้ ช่วยทำให้เกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ เรียนรู้การแก้ไขปัญหา และสามารถเผชิญกับสิ่งที่ซับซ้อนขึ้นได้ (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา และคณะ, 2555) นอกจากนี้ การเล่นยังทำให้เด็กมีสุขภาพจิตที่ดี มีพัฒนาการทางอารมณ์ที่เหมาะสม ฝึกให้

เด็กมีความกล้า มีความเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงยังฝึกให้เด็กมีระเบียบวินัยอีกด้วย แม้ว่าภาวะการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นภาวะวิกฤตสำหรับเด็ก แต่เด็กก็ยังคงต้องการการเล่น เพราะการที่เด็กต้องอยู่ในโรงพยาบาลจะทำให้เด็กรู้สึกเหมือนถูกแยกหรือถูกทอดทิ้ง ทำให้เด็กมีความเครียด มีพฤติกรรมและปฏิกิริยาต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีปฏิกิริยาต่อต้าน และปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ (แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, 2552) การเล่นจึงมีความสำคัญต่อความผาสุกด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมสำหรับเด็กเป็นอย่างมาก (กัลยา นาคเพ็ชร์ และคณะ, 2555)

มารดาเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูบุตร ให้ความรัก ความเข้าใจ ปกป้องช่วยเหลือ ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด (ภัทรา แก้วพิจิตร, 2551; สุจิรา ศรีรัตน์ และจริยา สายวารี, 2551) จึงมีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ให้แก่เด็กมากกว่าบุคคลอื่น ๆ เมื่อเด็กวัยก่อนเรียนเจ็บป่วย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กยังคงต้องมีการเจริญเติบโตและมีความต้องการในสิ่งต่าง ๆ เช่นเดียวกับเด็กปกติ หรืออาจมีความต้องการมากกว่าเด็กปกติ ทั้งนี้เพราะเด็กได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย (แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, 2552) เด็กจึงต้องการความช่วยเหลือ ความรัก ความอบอุ่น และการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว (แขนภา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และอัจฉรียา ปทุมวัน, 2554) โดยเฉพาะมารดาซึ่งเป็นบุคคลที่เด็กไว้วางใจมากที่สุด มารดาจึงมีบทบาทสำคัญมากในการช่วยส่งเสริมการเล่นแก่เด็กในขณะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (1994) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ไม่เพียงแต่ปัจจัยระดับปัจเจกบุคคลหรือปัจจัยภายในตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัจจัยภายนอกตัวบุคคลหรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมด้วย อีกทั้งลักษณะของบุคคลและกระบวนการการมีปฏิสัมพันธ์ก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดโดยตรงจะเป็นกลไกหลักที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการพัฒนาและการปรับตัวของแต่ละบุคคล เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา และเด็ก ถือว่ามีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กเป็นอย่างมาก ดังนั้น เมื่อเด็กวัยก่อนเรียนเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเด็กยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การดูแลส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นหน้าที่ของมารดาที่ดูแลเด็กขณะเจ็บป่วย รวมถึงการส่งเสริมการเล่น เพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวลและความเครียดของเด็ก อีกทั้งยังเป็นการตอบสนอง ความต้องการของเด็กวัยนี้ด้วย จากแนวคิดดังกล่าวพบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย สำหรับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และการสนับสนุนจากพยาบาล

การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร เป็นความรู้สึกของมารดาต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็ก โดยมารดาอาจรับรู้จากการวินิจฉัยของแพทย์ อาการและอาการแสดงของเด็กป่วย หรือการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ (กาญจนา กันทาหงษ์, ศรีมนา นิยมค้า, และสุธิศา ล่ามช้าง, 2558) หากมารดารับรู้อาการของเด็กป่วยว่ามีความรุนแรงมากจะให้การดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น ส่วนมารดาที่รับรู้อาการของเด็กป่วยว่ามีความรุนแรงน้อยก็จะให้การดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อย (ธันยมนย์ วงษ์ชีรี, นุจรี ไชยมงคล, และยุนี พงศ์จตุรวิทย์, 2554; สิรินาตยา วงค์วาล, สุธิศา ล่ามช้าง, และศรีพรรณ กันธวัง, 2552) ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรจึงอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมการเล่นแก่เด็กป่วยด้วย โดยต้องคำนึงถึงอาการ ความสามารถในขณะนั้นและความเหมาะสมตามวัยของเด็ก

การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะตนเอง (perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการตัดสินหรือการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงโดยใช้ความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ด้วยความเชื่อมั่น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย จึงหมายถึง การที่มารดามีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะจัดกิจกรรมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพบว่า สมรรถนะแห่งตนของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการในเด็กปกติ (วันเพ็ญ มโนวงศ์, 2550) และมีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กาญจนา กันทาหงษ์ และคณะ, 2558) ดังนั้น หากมารดามีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กป่วยก็จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยได้ถูกต้อง

รวมถึงสามารถส่งเสริมการเล่นในเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ

พื้นอารมณ์ของเด็ก เป็นลักษณะการแสดงออกของอารมณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ เด็กเลี้ยงง่าย เด็กเลี้ยงยาก และเด็กปรับตัวช้า ซึ่งเด็กที่มีพื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงง่ายจะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้เร็ว และมีพฤติกรรมการเล่นทางสังคมกับเพื่อนได้ดี (Thomas & Chess, 1977) ดังนั้น หากมารดากับบุตรมีความสัมพันธ์ที่ดี พื้นอารมณ์ของเด็กก็จะดี ซึ่งเด็กที่มีพื้นอารมณ์ยิ่งดีจะส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมในการส่งเสริมการเล่นในบุตรมากขึ้นด้วย (สาวิตรี วงศ์อินจันทร์, ยุนี พงศ์จตุรวิทย์, และนุจรี ไชยมงคล, 2558; สุกัญญา สอนสี, ยุนี พงศ์จตุรวิทย์, และนุจรี ไชยมงคล, 2560; Kornienko, 2016) พื้นอารมณ์จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การสนับสนุนจากพยาบาล เป็นการช่วยเหลือที่มารดาได้รับจากพยาบาลในเรื่องข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร การรับฟังความคิด ความรู้สึก การให้กำลังใจ การส่งเสริมให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลบุตร รวมถึงมีพฤติกรรมส่งเสริมการเล่นให้บุตรในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กาญจนา กันทาหงษ์ และคณะ, 2558) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านการเคารพคุณค่าในตนเอง และด้านผู้ดูแล (Miles, Carlson, & Brunssen, 1999) หากมารดาได้รับการสนับสนุนข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอจะช่วยให้เกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยพบว่า การสนับสนุนจากสังคมที่ดี ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนจากบุคลากรทางการพยาบาล ส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและการเล่นในบุตรมากขึ้น (รัมภ์รดา อินทโฉม และมัทนา อังศุไพศาล, 2554; สุกัญญา สอนสี และคณะ, 2560) ดังนั้น การสนับสนุนจากพยาบาลจึงอาจมีส่วนช่วยให้มารดาสามารถส่งเสริมการเล่นแก่เด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างสอดคล้องกับสภาพการเจ็บป่วยและพัฒนาการตามวัยของเด็ก

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญกับผู้ป่วยเด็กมาก ซึ่งจะช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ดีขึ้น ลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล โดยมารดาเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการส่งเสริมการเล่นแก่เด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมการเล่นในเด็กนั้น ส่วนใหญ่มักพบในเด็กปกติที่ไม่เจ็บป่วย สำหรับในเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังพบน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และการสนับสนุนจากพยาบาล ทั้งนี้ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และการสนับสนุนจากพยาบาล กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน

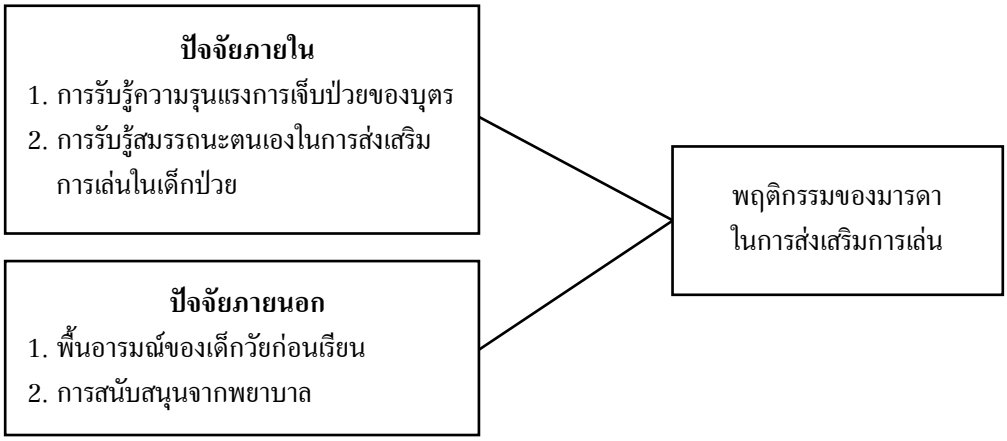
สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และการสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคัดสรรตัวแปรต้น 4 ตัวแปร ตามแนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (1994) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และการสนับสนุนจากพยาบาล โดยปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย ส่วนปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

ได้แก่ พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และการสนับสนุนจากพยาบาล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุอยู่ในช่วง 3-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในตึกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กป่วยที่มีอายุ 3-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 24 ชั่วโมง โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต และไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen (1992) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม จำนวน 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว และประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ลำดับที่การเกิด จำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน และการวินิจฉัยโรค จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ของกนกกาญจน์ เมฆอนันต์ธวัช (2555) จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดด้วยสายตา (visual analogue scale) ประกอบด้วยคะแนน 1-10 ที่อยู่บนเส้นตรง โดยคะแนน 1 หมายถึง การรับรู้ว่าบุตรเจ็บป่วยไม่รุนแรง ส่วนคะแนน 10 หมายถึง การรับรู้ว่าบุตรเจ็บป่วยรุนแรงมากที่สุด

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย ผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินของมารดา ของวันเพ็ญ มโนวงศ์ (2550) จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจเล็กน้อย มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (15-30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-45 คะแนน) และในระดับสูง (46-60 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพื้นฐานอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน ของนาตยา แสงใส (2553) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านระดับกิจกรรม จำนวน 8 ข้อ ด้านการปฏิบัติตัวเป็นเวลา จำนวน 5 ข้อ ด้านปฏิกิริยาตอบสนองต่อบุคคลหรือสิ่งเร้าใหม่ จำนวน 5 ข้อ ด้านความสามารถในการปรับตัว จำนวน 5 ข้อ ด้านความรุนแรงในการตอบสนอง จำนวน 7 ข้อ และด้านลักษณะอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ

มาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ แทบจะไม่กระทำเลย นานๆ ครั้งจึงกระทำ บางครั้งกระทำ บางครั้งไม่กระทำ เท่าๆ กัน กระทำเป็นส่วนมาก และกระทำสม่ำเสมอเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เด็กมีลักษณะเลี้ยงยาก (36-84 คะแนน) เด็กมีลักษณะเลี้ยงไม่ยากและไม่ง่าย (85-132 คะแนน) และเด็กมีลักษณะเลี้ยงง่าย (133-180 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาลของบิดามารดา ที่กาญจนา กันทาหงษ์ (2557) แปลจาก the Nurse-Parent Support Tool ของ Miles et al. ปี ค.ศ. 1999 ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล จำนวน 9 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ ด้านการเคารพคุณค่าในตนเอง จำนวน 5 ข้อ และด้านผู้ดูแล จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยมาก/แทบจะไม่ได้รับ น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 21-105 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนสูง

ชุดที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมการเล่นของบิดามารดาของเด็กปฐมวัย ของคำพวง ห่อทอง (2548) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดหาหรือการเลือกของเล่น จำนวน 10 ข้อ ด้านการจัดสภาพแวดล้อมในการเล่น จำนวน 4 ข้อ ด้านการกระตุ้นและส่งเสริมการเล่น จำนวน 8 ข้อ และด้านการร่วมกิจกรรมการเล่น จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 31 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ปฏิบัติน้อยมาก/ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 31-155 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมการเล่นต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมการเล่นสูง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย กุมารแพทย์ พยาบาล และอาจารย์พยาบาล (3 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93 และ .87 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย แบบสอบถามพื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล และแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน ไปทดลองใช้กับมารดาของเด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองฯ แบบสอบถามพื้นอารมณ์ฯ แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล และแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .89, .82, .93 และ .84 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงฯ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าเท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 01-10-2560 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2560) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 081 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา และแบบสอบถามชุดอื่นๆ โดยให้เวลา 30-45 นาที ส่วนผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไปในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก โดยดูจากแฟ้มประวัติของเด็กป่วย ทั้งนี้ ดำเนินการ

เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2560 ถึงเดือนพฤษภาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย ข้อมูลพื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน ข้อมูลการสนับสนุนจากพยาบาล และข้อมูลพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และการสนับสนุนจากพยาบาล กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา พบว่า มีอายุเฉลี่ย 30.79 ปี (*SD* = 6.83) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.60 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.80 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 18,226.19 บาทต่อเดือน (*SD* = 12,077.41) ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 64.30 และมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 76.20

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก พบว่า เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.20 มีอายุเฉลี่ย 4.23 ปี (*SD* = .82) เป็นบุตรลำดับที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 มีพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 2 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบหายใจ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.10

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน พบว่า มารดามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรเท่ากับ 5.64 (*SD* = 2.46) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยเท่ากับ 42.34 (*SD* = 6.17) มีคะแนนเฉลี่ยพื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนเท่ากับ 140.98 (*SD* = 16.10) และมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากพยาบาลเท่ากับ 77.52 (*SD* = 12.41)

3. พฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน พบว่า มารดามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียนเท่ากับ 127.11 (*SD* = 9.48) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดหาหรือการเลือกของเล่นเท่ากับ 41.40 (*SD* = 4.35) ด้านการจัดสภาพแวดล้อมในการเล่นเท่ากับ 18.27 (*SD* = 1.83) ด้านการกระตุ้นและส่งเสริมการเล่นเท่ากับ 29.72 (*SD* = 3.16) และด้านการร่วมกิจกรรมการเล่นเท่ากับ 37.70 (*SD* = 4.19)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และการสนับสนุนจากพยาบาล กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .402$, $p < .001$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และการสนับสนุนจากพยาบาล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และการสนับสนุนจากพยาบาล กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน (n = 84)

ตัวแปร	พฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่น	
	r	*p*
การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร	.029	.792
การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วย	.402	< .001
พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน	.009	.934
การสนับสนุนจากพยาบาล	.192	.081

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มารดามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียนค่อนไปทางสูง เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดหาหรือการเลือกของเล่นค่อนไปทางสูง ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบัน มารดาสามารถจัดหาของเล่นให้บุตรได้ง่ายขึ้น ไม่ว่าจะเป็นของเล่นที่ใช้วัสดุตามธรรมชาติหรือทรัพยากรที่มีอยู่ การซ่อมแซมของเล่นเอง และการเลือกซื้อของเล่นอย่างง่าย ราคาถูก ที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของไฉไล ช่างดำ (2550) ที่ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนของบิดามารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่สามารถจัดหาหรือเลือกอุปกรณ์สนับสนุนการเล่นให้แก่บุตร เพื่อทำให้บุตรมีพัฒนาการที่เหมาะสม ส่วนด้านการจัดสภาพแวดล้อมในการเล่นพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยค่อนไปทางสูงเช่นกัน โดยสิ่งแวดล้อมในการเล่นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้ดูแลเด็กจึงควรจัดให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับการเล่นของเด็ก (พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555) รวมถึงต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการเจ็บป่วยด้วย ซึ่งโดยปกติ มารดาจะมีสัญชาตญาณในการปกป้องและดูแลความปลอดภัยให้แก่บุตร (สมภาร พรมทา, 2553) มารดาจึงให้ความสำคัญกับการจัดสิ่งแวดล้อมในการเล่นแก่บุตร สำหรับด้านการกระตุ้นและส่งเสริมการเล่นพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยค่อนไปทางสูงเช่นกัน โดยมารดาจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการมีระเบียบวินัย มีกฎกติกาในการเล่น และการเล่นร่วมกับผู้อื่นที่ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่แพร่กระจายเชื้อสู่กันได้ ซึ่งสามารถฝึกสิ่งเหล่านี้ได้จากการเล่น สอดคล้องกับการศึกษาของรัมภ์รดา อินทโฉม และมัทนา อังศุไพศาล (2554) ที่ศึกษาความรู้และความบ่อยของพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย พบว่า มารดามีความรู้เกี่ยวกับการฝึกกฎกติกาแก่บุตรที่ไม่เจ็บป่วยในเรื่องการอยู่ร่วมกับเพื่อนมากที่สุด และการสั่งสอนเด็กเรื่องมารยาทในการเล่นเป็นกลุ่มกับเพื่อนในระดับบ่อยมาก นอกจากนี้ ด้านการร่วมกิจกรรมการเล่นพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยค่อนไปทางสูงเช่นกัน เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่ชอบเล่นเป็นอย่างมาก เริ่มรู้จักใช้ความคิด จินตนาการเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการเล่นของตน แต่เด็กวัยนี้ยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องอยู่ในความดูแลของมารดาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมารดาเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและบุตรไว้วางใจมากที่สุด ทำให้สามารถเข้าถึงความต้องการและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเล่นกับบุตรมาก (สุกัญญา สอนสี และคณะ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของไฉไล ช่างดำ (2550) ที่พบว่าในการเลี้ยงดูเด็กนั้น ส่วนใหญ่มารดาจะเป็นผู้ดูแลบุตรและมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการเล่น การเล่านิทาน และการร้องเพลงกล่อม

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ตามแนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (1994) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเพียงปัจจัยเดียว แต่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลหรือพฤติกรรมระดับปัจเจกบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลหรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

เพราะปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้นเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนต่อกัน โดยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการตัดสินหรือการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงโดยใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ด้วยความเชื่อมั่น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง (Bandura,1997) และการที่มารดามีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงอาจเนื่องจากในยุคปัจจุบัน มารดาสามารถหาความรู้เพิ่มเติมได้ง่ายจากการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต มารดาจึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลบุตรมากขึ้น ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะจัดกิจกรรมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ มโนวงศ์ (2550) ที่ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินของมารดา พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา กันทาหงษ์ และคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน ทั้งนี้อาจเนื่องจากมารดาส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล (ร้อยละ 76.20) ดังนั้น ไม่ว่าบุตรจะเจ็บป่วยมากน้อยพียงใด มารดาก็ยังคงส่งเสริมการเล่นแก่บุตร เช่น การเล่านิทาน การเล่นหุ่นนิ้วมือ การเล่นบล็อกไม้ อีกทั้งมารดาส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรในระดับปานกลาง โดยบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบหายใจ มากที่สุด (ร้อยละ 57.10) ซึ่งหมายความว่ามารดาส่วนใหญ่ไม่ได้รู้สึกว่าบุตรมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก จึงอาจทำให้มารดามีพฤติกรรมส่งเสริมการเล่นแก่บุตรไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของแขนภา รัตนพิบูลย์ และคณะ (2554) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย

ผลการวิจัยพบว่า พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน ทั้งนี้อาจเนื่องจากในระยะแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาให้ความสนใจในการดูแลอาการเจ็บป่วยของบุตรเป็นหลัก จึงยังไม่เริ่มกิจกรรมการส่งเสริมการเล่นแก่บุตร ประกอบกับในการวิจัยครั้งนี้ เด็กมีลักษณะเป็นเด็กเลี้ยงง่าย และเด็กเลี้ยงไม่ยากและไม่ง่าย ซึ่งไม่พบเด็กที่มีลักษณะเป็นเด็กเลี้ยงยาก ทำให้ไม่มีความหลากหลาย จึงอาจทำให้พื้นอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตร แต่จากการศึกษาของ Laukkanen, Ojansuu, Tolvanen, Alatupa, and Aunola (2014) พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนที่มีลักษณะเป็นเด็กเลี้ยงง่ายจะช่วยให้มารดามีการจัดหาหรือการเลือกของเล่น การจัดสภาพแวดล้อมในการเล่น การกำหนดกฎกติกา และการร่วมกิจกรรมการเล่น เป็นไปได้ง่ายขึ้น มารดาจึงมีพฤติกรรมการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยวัยก่อนเรียน ทั้งนี้อาจเนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนจากพยาบาลเป็นแบบสอบถามการสนับสนุนโดยทั่วไป ประกอบด้วยด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านการเคารพคุณค่าในตนเอง และด้านผู้ดูแล ซึ่งไม่มีความจำเพาะสำหรับการสนับสนุนให้มารดามีการส่งเสริมการเล่นในบุตรที่เจ็บป่วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา สอนสี และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมยิ่งสูงจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นการรับรู้สมรรถนะของมารดา

1.2 อาจารย์พยาบาลควรสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นการรับรู้สมรรถนะของมารดา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นการรับรู้สมรรถนะของมารดา

2.2 ควรมีการสร้างแบบประเมินการส่งเสริมการเล่นในเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะ โดยมีประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่น การรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการส่งเสริมการเล่น และการสนับสนุนจากพยาบาลให้มารดามีพฤติกรรมการส่งเสริมการเล่น

เอกสารอ้างอิง

กนกกาญจน์ เมฆอนันต์ธวัช. (2555). *ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาที่มีบุตรรับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

กัลยา นาคเพ็ชร์, ทัศนีย์ อรรถารส, พิมพิไล ทองไพบูลย์, พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ, ราตรี สัณฑิติ, และอัจฉรีย์ เพียรอภิธรรม. (2555). *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กาญจนา กันทาหงษ์. (2557). *ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา กันทาหงษ์, ศรีมนา นิยมค้า, และสุธิศา ล่ามช้าง. (2558). ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร, 42*(3), 1-12.

แขนภา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และอัจฉรียา ปทุมวัน. (2554). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 17*(2), 232-247.

คำพวง ห่อทอง. (2548). *การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมการเล่นของบิดามารดาและพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กปฐมวัย ในเขตกรุงเทพมหานครกับจังหวัดสุรินทร์* (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร. (2552). *การเล่นในเด็กป่วย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ไฉไล ช่างดำ. (2550). *ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนของบิดามารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี ในตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ชุลีพร สงวนศรี. (2550). *สุขภาพแม่และเด็ก*. ลพบุรี: คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.

ธันยมนย์ วงษ์ชีรี, นุจรี ไชยมงคล, และยุนี พงศ์จตุรวิทย์. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19*(3), 23-36.

นาตยา แสงใส. (2553). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่รับบริการในศูนย์เลี้ยงเด็กกลางวัน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา, คนึงนิตย์ พงษ์สิทธิถาวร, จริยาพร วรรณโชติ, พิสมัย อุบลศรี, พัชรี ใจการุณ, มาลี วิทยาธรรัตน์, และศรีสุดา เอกลัคนารัตน์. (2555). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 1*. นนทบุรี: ธนาเพรส.

พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ภัทรา แก้วพิจิตร. (2551). *พฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมสุขอนามัยทางร่างกายของบุตรก่อนวัยเรียนในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

รัมภ์รดา อินทโฉม, และมัทนา อังศุไพศาล. (2554). ความรู้และความบ่อยของพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในชุมชนคลองหนองเหล็ก เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. *วารสารกายภาพบำบัด, 33*(3), 114-125.

วันเพ็ญ มโนวงศ์. (2550). *การรับรู้ประโยชน์ สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินของมารดา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล. (2555). การปรับตัวต่อความเครียดของเด็กป่วยโดยใช้การเล่น. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 20*(5), 449-456.

สมพร สุนทราภา. (2555). เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. ใน ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, ฟองคำ ติลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เปรื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง (บ.ก.), *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1* (น. 238-251). กรุงเทพฯ: พรี-วัน.

สมภาร พรมทา. (2553). *รากเหง้าเราคือทุกข์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วารสารปัญญา.

สาวิตรี วงศ์อินจันทร์, ยุนี พงศ์จตุรวิทย์, และนุจรี ไชยมงคล. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเล่นของเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 10*(1), 65-76.

สิรินาตยา วงค์วาล, สุธิศา ล่ามช้าง, และศรีพรรณ กันธวัง. (2552). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร, 36*(3), 22-33.

สุกัญญา สอนสี, ยุนี พงศ์จตุรวิทย์, และนุจรี ไชยมงคล. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28*(1), 90-99.

สุจิรา ศรีรัตน์, และจริยา สายวารี. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 26*(5), 481-489.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W. H. Freeman.

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education, 3*(2), 37-43.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.

Hurlock, E. B. (2001). *Child development* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

Kornienko, D. S. (2016). Child temperament and mother's personality as a predictors of maternal relation to child. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 233*, 343-347.

Laukkanen, J., Ojansuu, U., Tolvanen, A., Alatupa, S., & Aunola, K. (2014). Child's difficult temperament and mothers' parenting styles. *Journal of Child and Family Studies, 2*3(2), 312-323.

Miles, M. S., Carlson, J., & Brunssen, S. (1999). The Nurse Parent Support Tool. *Journal of Pediatric Nursing, 14*(1), 44-50.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development.* New York: Brunner/Mazel.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน บ้านหนองบัวศาลา จังหวัดนครราชสีมา

Factors Associated with Herbal Medicinal Products Use Behavior among People in Nong Bua Sala Village, Nakhon Ratchasima Province

ภิษณี วิจันทึก, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) [1]

Pitsanee Wichantuk, M.Sc. (Public Health) [1]

Received: February 12, 2019 Revised: April 28, 2020 Accepted: May 23, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนบ้านหนองบัวศาลา อำเภอเมืองนครราชสีมา จำนวน 324 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร มีค่าความเชื่อมั่น .66 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร มีค่าความเชื่อมั่น .75 และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร มีค่าความเชื่อมั่น .79 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ (χ^2= 15.755, $p < .05$) ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร (r = .133, $p < .05$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (r = .222, $p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้แก่ประชาชน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความเสี่ยงทางสุขภาพจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่ปลอดภัย

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

[1] อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

[1] Lecturer, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, E-mail: pitsanee@hotmail.com

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study the factors associated with herbal medicinal products use behavior among people. The samples consisted of 324 people living in Nong Bua Sala Village, Mueang Nakhon Ratchasima District. The research instruments comprised the demographic questionnaire, the knowledge of herbal medicinal products use test with the reliability of .66, the attitude toward herbal medicinal products use questionnaire with the reliability of .75, and the herbal medicinal products use behavior questionnaire with the reliability of .79. Data were collected in July, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Fisher's exact test, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research results revealed that the factors statistically significant associated with herbal medicinal products use behavior included occupation ($\chi^2 = 15.755$, $p < .05$), attitude toward herbal medicinal products use ($r = .133$, $p < .05$) and average income per month ($r = .222$, $p < .001$).

This research suggests that the related agencies should distribute accurate information about the herbal medicinal products to people in order to increase their awareness of health risks from unsafe herbal medicinal products using.

Keywords: Herbal medicinal products use behavior, Herbal medicinal products

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน กระแสรักสุขภาพกำลังได้รับความนิยมอย่างสูง ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นทางเลือกหนึ่งที่ประชาชนเลือกใช้ในการดูแลสุขภาพรวมถึงการเสริมความงาม ซึ่งมีการวางจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรในท้องตลาดเป็นจำนวนมากในรูปแบบที่หลากหลาย รวมทั้งมีการโฆษณาในสื่อต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย กระแสนิยมดังกล่าวสอดรับกับนโยบายจากภาครัฐ ดังเช่น แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งเน้นการส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพรไทยให้มีกระบวนการผลิตที่มีคุณภาพ ได้รับการรับรองมาตรฐาน และสร้างมูลค่าเพิ่มให้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางตลาดทั้งในและต่างประเทศ โดยมีเป้าประสงค์คือ ภายในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะส่งออกวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นประเทศชั้นนำของอาเซียน ซึ่งจะส่งผลต่อความยั่งยืนของสมุนไพรไทยและสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจของประเทศ (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้หลากหลายช่องทาง เอื้อให้เกิดการซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อการอุปโภคและบริโภคได้ง่าย อย่างไรก็ตาม ยังพบการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่มักอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง (พนิดา โนนทิง, สุวิชชา เจริญพร, น้องเล็ก คุณวราดิศัย, แสวง วัชระธนกิจ, และอนุวัฒน์ วัฒนพิชญากูล, 2556) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพของประชาชนหากไม่ได้รับคำแนะนำและข้อควรระวังในการใช้ที่เหมาะสม (ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์ และอรุณรัตน์ อรุณเมือง, 2556)

บ้านหนองบัวศาลา อำเภอเมืองนครราชสีมา มีพื้นที่ติดต่อกับเขตอุตสาหกรรมสุรนารี ตั้งอยู่ไม่ห่างจากตัวเมืองมากนัก ทำให้มีความเจริญเช่นเดียวกับในตัวเมือง อีกทั้งบ้านหนองบัวศาลายังมีผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นสินค้าโอทอป โดยมีสินค้าหลัก คือ ครีมอาบน้ำสมุนไพรธรรมชาติหลายสูตร เช่น ขมิ้น มะละกอ มะขาม และผลิตภัณฑ์ประเภทแชมพูและครีมนวดผมสมุนไพรธรรมชาติ ซึ่งมีการจำหน่ายหลายชนิดตามสภาพผม (ไทยตำบลดอทคอม, 2558) นอกจากนี้ จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่าพื้นที่ดังกล่าวมีแหล่งค้าขายหลายแหล่งที่มีการวางจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรหลากหลายประเภท นอกจากนี้ ด้วยบริบทพื้นที่ซึ่งมีความเป็นสังคมเมือง จึงได้รับอิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นช่องทางที่นิยมใช้ในการประชาสัมพันธ์สินค้า รวมทั้งการโฆษณาผลิตภัณฑ์สมุนไพร ปัจจัยดังกล่าวจึงเอื้อให้เกิดโอกาสในการสั่งซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้ง่ายและสะดวกยิ่งขึ้น แม้ว่าพื้นที่บ้านหนองบัวศาลาจะมีผลิตภัณฑ์

สมุนไพรเป็นสินค้าโอทอป และผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้หลากหลายช่องทาง แต่ยังไม่พบรายงานการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เช่น ความรู้ ทัศนคติ รวมทั้งพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรทั้งในพื้นที่และจากแหล่งจำหน่ายต่าง ๆ

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชนหากเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีการเจือปนสารอันตราย หรือมีการผลิตที่ไม่มีคุณภาพ จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา โดยนำแนวคิด PRECEDE Model ของ Green and Kreuter (1991) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เนื่องจากพฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมกันของทั้ง 3 ปัจจัย โดยปัจจัยนำเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และความพอใจของบุคคลจากประสบการณ์การเรียนรู้ ซึ่งมีผลในการสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงออกของพฤติกรรม ปัจจัยนำจึงก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงออกของพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน ส่วนปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่ช่วยเอื้อให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่าย รวมถึงความสามารถและความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ปัจจัยเอื้อจึงส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้แตกต่างกัน สำหรับปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น รวมถึงการสนับสนุน การแนะนำ การชักชวนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ โดยจะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรแตกต่างกัน ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสมุนไพร และการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในการอุปโภคและบริโภคด้วยความปลอดภัย เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่เหมาะสมและสิทธิของผู้บริโภค อันจะนำไปสู่การส่งเสริมให้ประชาชนบ้านหนองบัวศาลามีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

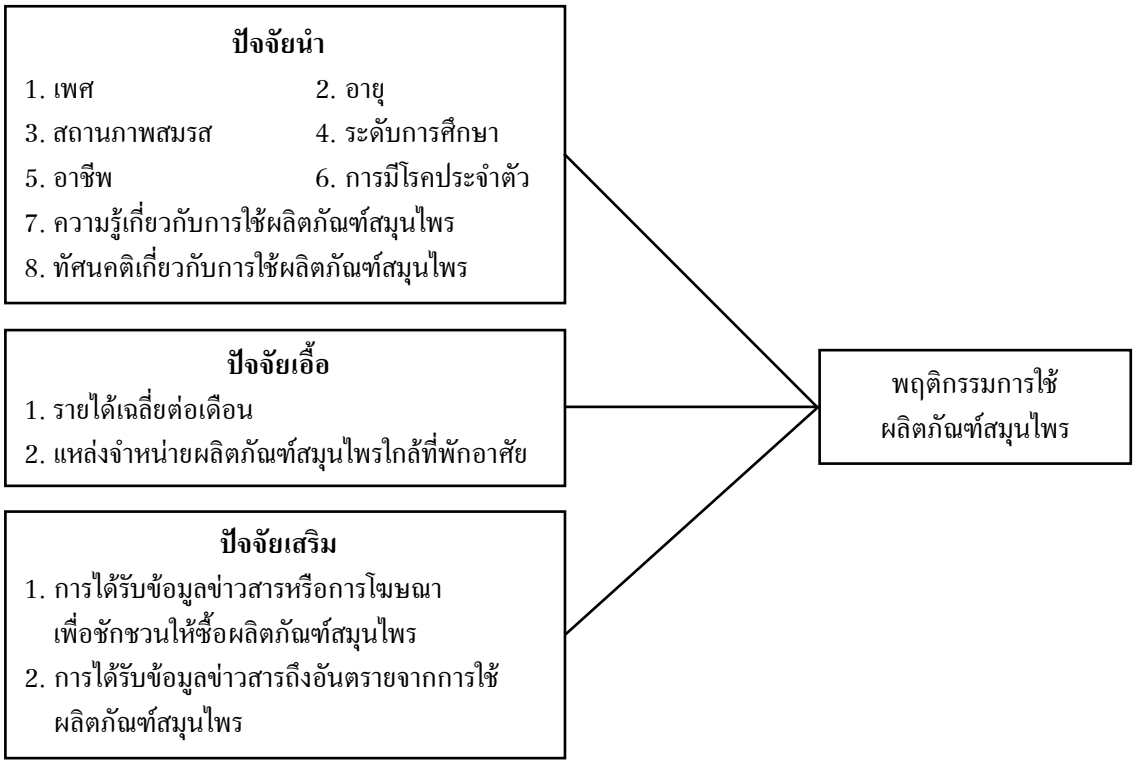
1. ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา จังหวัดนครราชสีมา

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรใกล้ที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา จังหวัดนครราชสีมา

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการโฆษณาเพื่อชักชวนให้ซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพร และการได้รับข้อมูลข่าวสารถึงอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิด PRECEDE Model ของ Green and Kreuter (1991) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยการเกิดพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นผลมาจากปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ปัจจัยเอื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งการเกิดพฤติกรรมของบุคคล และปัจจัยเสริม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยสนับสนุนหรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นประชาชนบ้านหนองบัวศาลา หมู่ที่ 4 ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมืองนครราชสีมา ณ เดือนกรกฎาคม 2560 จำนวน 2,099 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุอยู่ในช่วง 20-60 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 324 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบบังเอิญ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว แหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรใกล้ที่พักอาศัย การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการโฆษณาเพื่อชักชวนให้ซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพร และการได้รับข้อมูลข่าวสารถึงอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-5.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (6-7.99 คะแนน) และในระดับสูง (8-10 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติในระดับไม่ดี (12-19.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (20-27.99 คะแนน) และในระดับดี (28-36 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่

ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-3 ครั้งต่อเดือน) และปฏิบัติเป็นประจำ (อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์) ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับไม่ดี (10-16.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (17-23.99 คะแนน) และในระดับดี (24-30 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบทดสอบไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ไปทดลองใช้กับประชาชนบ้านหนองปลิง ตำบลหนองบัวศาลา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .66 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมฯ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .75 และ .79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (เอกสารรับรอง เลขที่ HE-011-2560 วันที่ 27 มิถุนายน 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบ โดยให้เวลาประมาณ 20 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเรื่องเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการมีโรคประจำตัว ปัจจัยเอื้อเรื่องแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรใกล้ที่พักอาศัย และปัจจัยเสริม (การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการโฆษณาเพื่อชักชวนให้ซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพร และการได้รับข้อมูลข่าวสารถึงอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร) กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเรื่องอายุ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และปัจจัยเอื้อเรื่องรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชน พบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.23 มีอายุเฉลี่ย 37.46 ปี (*SD* = 11.55) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 58.64 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.10 ประกอบอาชีพลูกจ้าง/รับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.17 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 10,558.64 บาท (*SD* = 6,770.88) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 88.58 ไม่มีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรใกล้ที่พักอาศัย คิดเป็นร้อยละ 91.36 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการโฆษณาเพื่อชักชวนให้ซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 64.82 และไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารถึงอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 57.72

2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน พบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยรวมในระดับปานกลาง (*M* = 6.91, *SD* = 1.41) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ "ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน มี 3 รูปแบบ ดังนี้ (1) ผลิตภัณฑ์อาหาร (2) ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง (3) ผลิตภัณฑ์ยา" (*M* = .95, *SD* = .21) รองลงมา คือ "ผู้ใช้ต้องอ่านฉลากก่อนใช้ และระมัดระวังในเรื่องความสะอาดของสมุนไพร เช่น เชื้อโรคปนเปื้อน สารเคมีเจือปน เป็นต้น" (*M* = .92, *SD* = .27) และที่ต่ำสุด คือ "ผลิตภัณฑ์สมุนไพรทุกชนิดก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกายของผู้ใช้" (*M* = .30, *SD* = .46)

3. ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน พบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยรวมในระดับปานกลาง (*M* = 25.51, *SD* = 2.32) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ "การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรทุกชนิด ควรพิจารณา

รายละเอียดของฉลาก วิธีใช้ เลขทะเบียน ชื่อผู้ผลิต วันเดือนปีที่ผลิต ทุกครั้ง" (M = 2.93, SD = .27) รองลงมา คือ "ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผ่านการควบคุมคุณภาพการผลิตและได้เครื่องหมาย อย. เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัย" (M = 2.63, SD = .50) และที่ต่ำสุด คือ "การซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น" (M = 1.65, SD = .74)

4. พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 90.74 โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยรวมในระดับปานกลาง (M = 20.65, SD = 1.89) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ "เมื่อผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรชักชวนให้ท่านทดลองใช้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายในระยะแรก ท่านจะทดลองใช้ผลิตภัณฑ์นั้นโดยไม่ศึกษาข้อมูลก่อน" (M = 2.38, SD = .61) รองลงมา คือ "ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยพิจารณาจากความสะดวกในการซื้อและราคาเป็นสำคัญ" (M = 2.33, SD = .67) และ "หากท่านใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรชนิดหนึ่งแล้วได้ผลดีอย่างรวดเร็ว ท่านจะใช้ผลิตภัณฑ์นั้นเป็นประจำและต่อเนื่องโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์" (M = 2.33, SD = .70) และที่ต่ำสุด คือ "หากท่านมีโรคประจำตัวหรืออยู่ในภาวะที่ร่างกายไม่ปกติ ท่านปรึกษาแพทย์ก่อนเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรทุกชนิด" (M = 1.77, SD = .78)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเรื่องเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการมีโรคประจำตัว ปัจจัยเอื้อเรื่องแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรใกล้ที่พักอาศัย และปัจจัยเสริม (การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการโฆษณาเพื่อชักชวนให้ซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพร และการได้รับข้อมูลข่าวสารถึงอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร) กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พบว่า ปัจจัยนำเรื่องอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 15.755, p < .05) ส่วนปัจจัยนำเรื่องเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการมีโรคประจำตัว ปัจจัยเอื้อเรื่องแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรใกล้ที่พักอาศัย และปัจจัยเสริม (การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการโฆษณาเพื่อชักชวนให้ซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพร และการได้รับข้อมูลข่าวสารถึงอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน (n = 324)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร			χ^2	*p*
	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)		
ปัจจัยนำ					
เพศ				2.299	.299
ชาย	1 (.31)	147 (45.37)	10 (3.09)		
หญิง	1 (.31)	147 (45.37)	18 (5.55)		
สถานภาพสมรส				4.336	.354
โสด	1 (.31)	115 (35.49)	8 (2.47)		
คู่	1 (.31)	171 (52.78)	18 (5.55)		
ม่าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	- (-)	8 (2.47)	2 (.62)		
ระดับการศึกษา				3.593	.764
ประถมศึกษา	- (-)	81 (25.00)	5 (1.54)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	- (-)	65 (20.06)	7 (2.16)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1 (.31)	93 (28.70)	10 (3.09)		
สูงกว่าอนุปริญญา/ปวส.	1 (.31)	55 (16.98)	6 (1.85)		

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน (n = 324) (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร			χ^2	*p*
	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพ				15.755	.022
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	- (-)	38 (11.73)	- (-)		
ลูกจ้าง/รับจ้างทั่วไป	2 (.62)	157 (48.46)	10 (3.09)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	- (-)	13 (4.01)	3 (.92)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	- (-)	76 (23.45)	13 (4.01)		
เกษตรกรรม	- (-)	10 (3.09)	2 (.62)		
การมีโรคประจำตัว				1.844	.392
ไม่มี	2 (.62)	258 (79.63)	27 (8.33)		
มี	- (-)	36 (11.11)	1 (.31)		
ปัจจัยเอื้อ					
แหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรใกล้ที่พักอาศัย				3.245	.835
มี	- (-)	25 (7.72)	3 (.92)		
ไม่มี	2 (.62)	269 (83.02)	25 (7.72)		
ปัจจัยเสริม					
การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการโฆษณาเพื่อชักชวนให้ซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพร				1.388	.438
เคย	1 (.31)	193 (59.57)	16 (4.94)		
ไม่เคย	1 (.31)	101 (31.17)	12 (3.70)		
การได้รับข้อมูลข่าวสารถึงอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร				2.625	.255
เคย	- (-)	122 (37.65)	15 (4.63)		
ไม่เคย	2 (.62)	172 (53.09)	13 (4.01)		

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเรื่องอายุ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และปัจจัยเอื้อเรื่องรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พบว่า ปัจจัยนำเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และปัจจัยเอื้อเรื่องรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .133, p < .05$ และ $r = .222, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนอายุ และความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน (n = 324)

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	
	r	*p*
ปัจจัยนำ		
อายุ	.062	.263
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	.003	.952
ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	.133	.017
ปัจจัยเอื้อ		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.222	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในระดับปานกลางเช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP model) ของ Schwartz (1975) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นไปตามทัศนคติและความรู้ของบุคคล โดยทัศนคติเกิดจากความรู้ที่ได้รับและจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ ศรีสร้อย, พิไลวรรณ ลี้พล, และกาญจนา วงษ์สวัสดิ์ (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคยาต้มสมุนไพรของประชาชน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรและเจตคติต่อสมุนไพรในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำเรื่องอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยประชาชนที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในระดับดี มากกว่าประชาชนที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชาชนที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีการวางจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรประเภทต่าง ๆ ในร้านค้าของตนเอง จึงจำเป็นต้องค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรแต่ละประเภทเพื่ออธิบายให้ลูกค้าทราบ และอาจมีการนำผลิตภัณฑ์สมุนไพรมาทดลองใช้ได้ง่ายยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, ตั้ม บุญรอด, และวิชชาดา สิมลา (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น พบว่า อาชีพมีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขาย/รับจ้างมีโอกาสในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น คิดเป็น 5 เท่า ของผู้ที่เป็นข้าราชการบำนาญ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model ของ Green and Kreuter (1991) ซึ่งกล่าวว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยภายในที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม หากประชาชนมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ ไชยชมภู, พูนสุข ช่วยทอง, วิราสิริร์ วสีวีรสิร์, และสุนันท์ ศลโกสุม (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน พบว่า ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, เรณู สะแหละ, และยุวดี กองมี (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรมีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิริญญา เมืองช้าง (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน พบว่า ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ

ตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเอื้อเรื่องรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model ของ Green and Kreuter (1991) ซึ่งกล่าวว่า ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง โดยการมีรายได้ย่อมเอื้อให้ประชาชนมีการซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรมาใช้ได้ง่ายยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิณ วิศัลยางกูร และอิทธิกร ขำเดช (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน พบว่า รายได้ต่อเดือนมีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำเรื่องความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ทั้งนี้อาจเนื่องจากพื้นที่บ้านหนองบัวศาลายังไม่มีการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างแพร่หลายเหมือนความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรทั่วไป อีกทั้งประชาชนมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 32.10) และประกอบอาชีพลูกจ้าง/รับจ้างทั่วไป มากที่สุด (ร้อยละ 52.17) จึงอาจไม่มีการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรแต่ละประเภท อันนำไปสู่ความเสี่ยงในการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์จากการหลงเชื่อคำอวดอ้างสรรพคุณของผู้ประกอบการ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศันสนีย์ ฤทธิ์ทองพิทักษ์ (2546) ที่ศึกษาการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการใช้สมุนไพรไทยของคนกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรไทยไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรไทย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติยศ วรเดช และคณะ (2558) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นมีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิริญญา เมืองช้าง (2559) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสริม (การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการโฆษณาเพื่อชักชวนให้ซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพร และการได้รับข้อมูลข่าวสารถึงอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบทพื้นที่ของบ้านหนองบัวศาลาเป็นลักษณะชุมชนเมือง ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางที่หลากหลาย เช่น สื่อสังคมออนไลน์ โทรทัศน์ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อชักชวนให้ซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิริญญา เมืองช้าง (2559) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองจากสื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และสื่อมวลชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติยศ วรเดช และคณะ (2558) ที่พบว่า การได้รับสื่อต่าง ๆ ด้านสมุนไพรมีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยตรง เพื่อช่วยส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความเสี่ยงทางสุขภาพจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่ปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่หลากหลาย ซึ่งจะสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่ดีให้แก่ประชาชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณผู้ใหญ่บ้านบ้านหนองปลิงและบ้านหนองบัวศาลา ที่อนุเคราะห์ข้อมูลทางประชากร ประสานการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณประชาชนบ้านหนองบัวศาลาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564*. สืบค้นจาก https://www.dtam.moph.go.th/images/download/dl0021/MasterPlan-Thaiherb.pdf

จารุวรรณ ศรีสร้อย, พิไลวรรณ ลี้พล, และกาญจนา วงษ์สวัสดิ์. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคยาต้มสมุนไพรของประชาชนบ้านโคกลาย ตำบลม่วงลาย อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์, และอรุณรัตน์ อรุณเมือง. (2556). พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนในเขตตรวจราชการที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารอาหารและยา, 20*(1), 38-47.

ไทยตำบลดอทคอม. (2558). *สินค้าโอทอป ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมืองนครราชสีมา*. สืบค้นจาก http://www.thaitambon.com/tambon/300119

ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, ตั้ม บุญรอด, และวิชชาดา สิมลา. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 7*(2), 25-37.

พนิดา โนนทิง, สุวิชชา เจริญพร, น้องเล็ก คุณวราดิศัย, แสวง วัชระธนกิจ, และอนุวัฒน์ วัฒนพิชญากูล. (2556). สถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 9*(1), 28-38.

วิริญญา เมืองช้าง. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศันสนีย์ ฤทธิ์ทองพิทักษ์. (2546). *การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการใช้สมุนไพรไทยของคนกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, เรณู สะแหละ, และยุวดี กองมี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24*(1), 50-59.

สายพิณ วิศัลยางกูร, และอิทธิกร ขำเดช. (2554). พฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของคนวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร. *วารสารการเงิน การลงทุน การตลาดและการบริหารธุรกิจ, 1*(2), 113-130.

สุกิจ ไชยชมภู, พูนสุข ช่วยทอง, วิราสิริริ์ วสีวีรสิว์, และสุนันท์ ศลโกสุม. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน ในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารเกื้อการุณย์, 19*(2), 60-74.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental Approach* (2nd ed.). Mountain View, CA: Mayfield.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Schwartz, N. E. (1975). Nutritional knowledge, attitudes, and practices of high school graduates. *Journal of the American Dietetic Association, 66*(1), 28-31.

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร*

The Effectiveness of Behavioral Change Program for Pre-marital Sexual Prevention among Grade 8 Female Students, Muang District, Kamphaeng Phet*

นพรัตน์ สโมสร, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) [1]
Nopparat Samosorn, M.P.H. (Public Health) [1]
ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, ปร.ด. (ประชากรศาสตร์) [2]
Pramote Wongsawat, Ph.D. (Demography) [2]

Received: April 9, 2020 Revised: April 27, 2020 Accepted: April 28, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนในอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 64 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีค่าความเชื่อมั่น .74 แบบสอบถามทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีค่าความเชื่อมั่น .70 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีค่าความเชื่อมั่น .85 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.500$, $p < .001$; $t = 5.950$, $p < .001$; $t = 11.920$, $p < .001$ และ $t = 25.370$, $p < .001$ ตามลำดับ)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Master's Thesis of Public Health Program in Public Health, Faculty of Public Health, Naresuan University

[1] มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[1] Master, Program in Public Health, Faculty of Public Health, Naresuan University

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: parat.nsp@gmail.com

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[2] Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 12.060, p < .01; t = 6.980, p < .01; t = 12.310, p < .05 และ t = 17.740, p < .05 ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารสถานศึกษาที่มีนักเรียนวัยรุ่นหญิงควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรไปประยุกต์ใช้ เพื่อเสริมสร้างให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร นักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of behavioral change program for pre-marital sexual prevention among grade 8 female students. The samples consisted of 64 grade 8 female students who studied at schools in Muang District, Kamphaeng Phet and were equally divided into an experimental group (n = 32) and a control group (n = 32). The research instruments included the behavioral change program for pre-marital sexual prevention, the demographic questionnaire, the attitude toward pre-marital sex questionnaire with the reliability of .74, the life skill for pre-marital sex prevention questionnaire with the reliability of .70, the perceived self-efficacy of pre-marital sex prevention questionnaire with the reliability of .83, and the behavior for pre-marital sexual prevention questionnaire with the reliability of .85. The implementation and data collection were conducted from June to August, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, paired t-test, and independent t-test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean scores of attitude toward pre-marital sex, life skill for pre-marital sex prevention, perceived self-efficacy of pre-marital sex prevention, and behavior for pre-marital sexual prevention than those of before the experiment (t = 14.500, p < .001; t = 5.950, p < .001; t = 11.920, p < .001 and t = 25.370, p < .001, respectively) and higher than those of the control group (t = 12.060, p < .01; t = 6.980, p < .01; t = 12.310, p < .05 and t = 17.740, p < .05, respectively).

This research suggests that executives of female school should apply this behavioral change program for pre-marital sexual prevention in order to enhance the appropriate behaviors for pre-marital sexual prevention among female students.

Keywords: Behavioral change program, Pre-marital sex, Grade 8 female students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน วัยรุ่นไทยเริ่มเข้าสู่วัยหนุ่มสาวเร็วขึ้น ประกอบกับบริบททางสังคมที่มีปัจจัยต่าง ๆ เอื้อให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์อายุน้อย (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2556) จากการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปี พ.ศ. 2555 พบว่า นักเรียนชายร้อยละ 5.30 และนักเรียนหญิงร้อยละ 5.10 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในนักเรียนชายและนักเรียนหญิงเท่ากับ 13.20 ปี และ 13.30 ปี ตามลำดับ ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรอาจส่งผลกระทบถึงจุดเปลี่ยนสำคัญในชีวิตได้ คือ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งมักเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อันก่อให้เกิดความเสี่ยง

ตามมาหลายประการ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะโลหิตจาง ภาวะตกเลือดหลังคลอด เยื่อบุมดลูกอักเสบ ด้วยความไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ นำไปสู่การแก้ไขปัญหาด้วยการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2556)

ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2554) พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีร้อยละ 4.20 และนักเรียนหญิงร้อยละ 3 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชายเท่ากับ 12.20 ปี ส่วนในนักเรียนหญิงเท่ากับ 12.30 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคู่รักมากที่สุด การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า กลุ่มนักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 55.10 และนักเรียนหญิงมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 44.90 โดยสัดส่วนของนักเรียนชายและนักเรียนหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และมีอายุเฉลี่ยน้อยลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักเรียนสามารถเข้าถึงสื่อที่ผลักดันให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น อีกทั้งยังไม่สามารถป้องกันตัวเองจากภาวะคุกคามได้ ผลจากการเฝ้าระวังที่พบว่านักเรียนมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน

จังหวัดกำแพงเพชรเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงของเขตสุขภาพที่ 3 โดยพบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 1.30 และ 44.20 ต่อหญิงวัยเดียวกัน (พันคน) (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2559) และข้อมูลจากโปรแกรมระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center [HDC]) เวอร์ชั่น 2.0 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (2559) ในปี 2559 พบว่า อำเภอที่มีอัตราการคลอดมีชีพมากที่สุด 4 อันดับ ได้แก่ อำเภอโกสัมพีนคร อำเภอคลองขลุง อำเภอคลองลาน และอำเภอเมืองกำแพงเพชร ซึ่งมีอัตราการคลอดมีชีพเท่ากับ 53.41, 46.35, 43.61 และ 43.36 ต่อหญิงวัยเดียวกัน (พันคน) สำหรับอำเภอเมืองกำแพงเพชรนั้น ตำบลที่พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี มากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ตำบลหนองปลิง ตำบลลานดอกไม้ ตำบลสระแก้ว ตำบลนาบ่อคำ และตำบลวังทอง คิดเป็นอัตราการคลอดมีชีพเท่ากับ 81, 66.07, 56.29, 53.91 และ 48.22 ตามลำดับ

จากประเด็นข้างต้น ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นหาแนวคิดและทฤษฎีเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ให้สามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ พบว่า แนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตจากการศึกษาของ Mangrulkar, Whitman, and Posner (2001 อ้างถึงในสกล วรเจริญศรี, 2550) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการพัฒนาทักษะชีวิตของวัยรุ่นไว้ว่า ช่วยยับยั้งหรือชะลอการใช้สารเสพติด ช่วยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ช่วยในการควบคุมอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธ สามารถป้องกันพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรม ช่วยพัฒนาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง ช่วยส่งเสริมการปรับตัวทางสังคมได้ดี และช่วยในการปรับปรุงและพัฒนาประสิทธิภาพการเรียน นอกจากนี้ยังพบว่า โปรแกรมพัฒนาทักษะการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ (ศศินันท์ พันธ์สุวรรณ, กนกพิชญ์ วงศ์ใหญ่, และปาณิสรา หลีค้วน, 2556) โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการแสดงออกมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ซึ่งทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จในชีวิตให้แก่วัยรุ่น การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้ (ดวงกมล ทองอยู่, 2557) และพบว่า ตัวแปรที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในจังหวัดกำแพงเพชร คือ การมีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสและความชอบเสี่ยง โดยพบว่า ทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดและทฤษฎีข้างต้นมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งยังไม่พบการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในเรื่องเจตคติ ทักษะชีวิตที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ไขปัญหา และทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง รวมทั้งในเรื่องการรับรู้ความสามารถแห่งตน ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะช่วยให้นักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เกิดพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร อันนำไปสู่การลดลงของอัตราการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

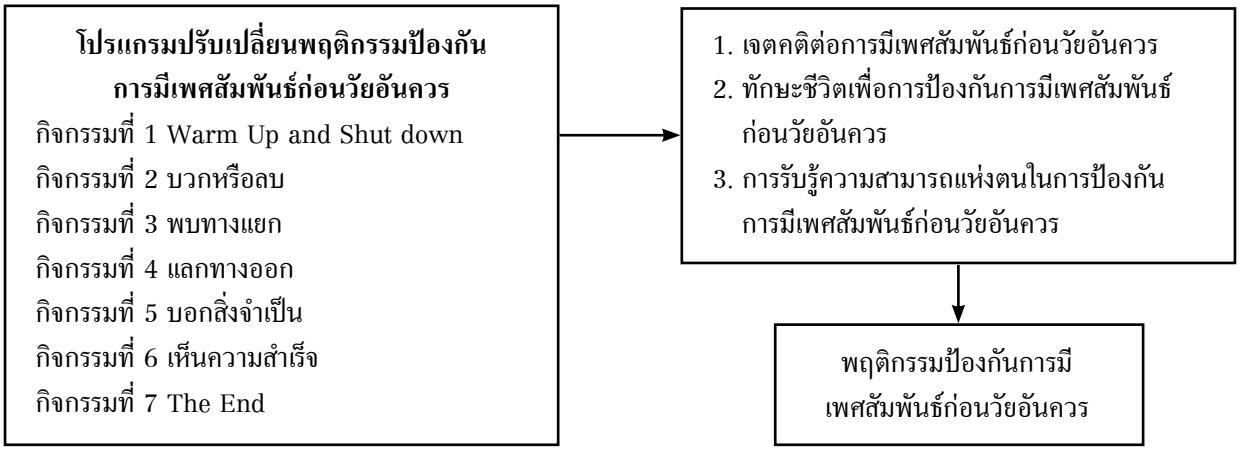
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดเกี่ยวกับเจตคติและทักษะชีวิต รวมทั้งทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยเป็นกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อสร้างกระบวนการคิด วิเคราะห์ตริตรองอย่างมีวิจารณญาณ เกี่ยวกับการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ในเรื่องเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยมุ่งเน้นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นในแง่มุมที่แตกต่าง เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนต่อไป โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 7 กิจกรรม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนขยายโอกาส สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดกำแพงเพชร เขต 1 กระทรวงศึกษาธิการ ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 222 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) กำลังศึกษาที่โรงเรียนในตำบลลานดอกไม้และตำบลหนองปลิง อำเภอเมืองกำแพงเพชร 2) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน มีการรับรู้ดี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 5) ได้รับการยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย

คือ 1) มีการย้ายถิ่นหรือย้ายสถานศึกษา 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม (ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการศึกษาของชลดา กิ่งมาลา, ทัศนีย์ รวิวรกุล, และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2558) มาร่วมในการคำนวณ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 29 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 58 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 32 คน รวมจำนวน 64 คน โดยเลือกโรงเรียนที่ศึกษา จำนวน 2 แห่ง ที่มีการจัดการเรียนการสอนคล้ายคลึงกัน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนแต่ละแห่ง ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนแห่งละ 32 คน แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก ได้โรงเรียนแห่งหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนอีกแห่งหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับเจตคติและทักษะชีวิต รวมทั้งทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 Warm Up and Shut down ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นการละลายพฤติกรรม เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยใช้เทคนิคการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ใช้ความจริงใจในการเปิดเผยตนเอง และใช้หลักการให้การปรึกษากลุ่ม เช่น การรักษาความลับ การวิจารณ์ผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์

กิจกรรมที่ 2 บวกหรือลบ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นการเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยแบ่งกลุ่ม ให้วิเคราะห์สถานการณ์จำลองและผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน เพื่อสะท้อนปัญหาจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในหลายแง่มุม จากนั้นให้นำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ผู้วิจัยสรุปและกระตุ้นเตือนถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

กิจกรรมที่ 3 พบทางแยก ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ โดยแบ่งกลุ่ม ให้วิเคราะห์สถานการณ์จำลองทั้งข้อดีและข้อเสีย ฝึกรวบรวมข้อมูลประกอบการตัดสินใจ เพื่อลดความเสี่ยงในการตัดสินใจผิดพลาด จากนั้นให้นำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ผู้วิจัยสรุปหลักการตัดสินใจ

กิจกรรมที่ 4 แลกทางออก ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา โดยแบ่งกลุ่มให้วิเคราะห์สถานการณ์จำลอง กำหนดหรือระบุปัญหา วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล และกำหนดแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม จากนั้นให้นำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ผู้วิจัยสรุปหลักการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 5 บอกสิ่งจำเป็น ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นการพัฒนาทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง โดยแบ่งกลุ่ม ให้วิเคราะห์สถานการณ์จำลอง ค้นหาวิธีการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง จากนั้นให้นำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ผู้วิจัยสรุปหลักการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง

กิจกรรมที่ 6 เห็นความสำเร็จ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน โดยใช้ตัวแบบทางบวกที่เป็นรุ่นพี่ที่ประสบผลสำเร็จในการเรียนและหน้าที่การงานมาพูดคุย และให้นักเรียนร่วมวิเคราะห์ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำในสถานการณ์จำลอง มีการอภิปรายซักถาม เพื่อให้นักเรียนเห็นคุณค่าและความสำเร็จจากการกระทำ มีความเชื่อมั่นในการหลีกเลี่ยงและปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ได้

กิจกรรมที่ 7 The End ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นการทบทวนสาระสำคัญที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ 2-6 โดยให้นำเสนอในรูปแบบการแสดงบทบาทสมมติ มีการอภิปรายร่วมกัน ผู้วิจัยสรุปแนวทางการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับผลการเรียนเฉลี่ย ลำดับที่ของบุตร สถานภาพของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน จำนวนเงินที่ได้รับไปโรงเรียน และการมีแฟน/คนรัก จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-70 คะแนน สำหรับ

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีเจตคติที่ไม่ดี และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีเจตคติที่ดี

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นการวัดเชิงสถานการณ์ใน 3 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ไขปัญหา และทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง จำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ โดยแต่ละทักษะประกอบด้วย 5 กระบวนการ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ซึ่งแตกต่างกันตามสถานการณ์ สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบ 1 กระบวนการ ให้ 1 คะแนน จนถึงหากตอบ 5 กระบวนการ ให้ 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 28-140 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีทักษะชีวิตไม่ดี และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีทักษะชีวิตดี

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ คิดว่าไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างแน่นอน คิดว่าไม่สามารถปฏิบัติได้ ไม่แน่ใจ คิดว่าสามารถปฏิบัติได้ และคิดว่าสามารถปฏิบัติได้อย่างแน่นอน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-80 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้ต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้สูง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติ 2-3 ครั้งต่อเดือน ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และปฏิบัติเกือบทุกวัน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-80 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมที่ไม่ดี และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมที่ดี

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ไปทดลองใช้กับนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .74, .70, .83 และ .85 ตามลำดับ และหาค่าความคงที่ในการวัดด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าเท่ากับ .74, .70, .73 และ .76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 006/2017 IRB No. 997/59 วันที่ 4 มกราคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง เข้าพบผู้อำนวยการและคณะครู เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงเรียนแต่ละแห่ง แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลา 40 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทั้ง 7 กิจกรรม ที่โรงเรียน โดยในวันที่ 1 เข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 Warm Up and Shut down และกิจกรรมที่ 2 บวกหรือลบ ในวันที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรมที่ 3 พบทางแยก กิจกรรมที่ 4 แลกทางออก และกิจกรรมที่ 5 บอกสิ่งจำเป็น และในวันที่ 3 เข้าร่วมกิจกรรมที่ 6 เห็นความสำเร็จ และกิจกรรมที่ 7 The End ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการเรียน

การสอนตามปกติ

4. ในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงเรียนแต่ละแห่ง ให้ตอบแบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลา 40 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.01-3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ลำดับที่ของบุตร คือ ลำดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 31.30 และลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 37.60 ตามลำดับ สถานภาพของบิดามารดา คือ อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 75 และ 56.30 ตามลำดับ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน คือ บิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 62.50 และ 43.80 ตามลำดับ จำนวนเงินที่ได้รับไปโรงเรียน คือ 40 บาทต่อวัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.60 และ 31.20 ตามลำดับ และมีแฟน/คนรัก คิดเป็นร้อยละ 53.10 และ 62.50 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.500$, $p < .001$; $t = 5.950$, $p < .001$; $t = 11.920$, $p < .001$ และ $t = 25.370$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	n	*M*	*SD*	*t*	*p*
เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร					
ก่อนการทดลอง	32	45.40	4.21	14.500	< .001
หลังการทดลอง	32	58.12	2.80		
ทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร					
ก่อนการทดลอง	32	101.43	11.05	5.950	< .001
หลังการทดลอง	32	111.50	9.79		

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง (ต่อ)

ช่วงเวลา	n	*M*	*SD*	*t*	*p*
การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร					
ก่อนการทดลอง	32	56.81	7.97	11.920	< .001
หลังการทดลอง	32	72.50	3.93		
พฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร					
ก่อนการทดลอง	32	49.87	5.14	25.370	< .001
หลังการทดลอง	32	74.18	3.99		

3. การเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.060$, $p < .01$; $t = 6.980$, $p < .01$; $t = 12.310$, $p < .05$ และ $t = 17.740$, $p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ช่วงเวลา	n	*M*	*SD*	*t*	*p*
เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร					
กลุ่มทดลอง	32	58.12	3.80	12.060	.005
กลุ่มควบคุม	32	46.00	4.94		
ทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร					
กลุ่มทดลอง	32	115.50	5.16	6.980	.001
กลุ่มควบคุม	32	102.53	9.15		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (ต่อ)

ช่วงเวลา	n	*M*	*SD*	*t*	*p*
การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร					
กลุ่มทดลอง	32	72.50	3.93	12.310	.037
กลุ่มควบคุม	32	55.96	6.49		
พฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร					
กลุ่มทดลอง	32	74.18	3.99	17.740	.028
กลุ่มควบคุม	32	51.50	6.02		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยให้นักเรียนช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์จำลองและผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน โดยพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และสะท้อนปัญหาจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในหลายแง่มุม เพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเพศ ส่งผลต่อการป้องกันและการดูแลสุขภาพทางเพศของตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร รัตนพงศ์ (2553) ที่ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีต่อเจตคติต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีเจตคติต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ทั้งทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ไขปัญหา และทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง โดยให้วิเคราะห์สถานการณ์จำลองทั้งข้อดีและข้อเสีย ฝึกรวบรวมข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และให้ฝึกระบุปัญหา วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล และกำหนดแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งให้ค้นหาวิธีการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชญาดา คล่องการ และปาริชา นิพพานนนท์ (2557) ที่ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในโรงเรียนแห่งหนึ่ง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และด้านการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน โดยใช้ตัวแบบทางบวกที่เป็นรุ่นพี่ที่ประสบผลสำเร็จจากการกระทำ และนักเรียนได้ร่วมวิเคราะห์ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำในสถานการณ์จำลอง การได้เห็น

ประสบการณ์ที่สำเร็จของผู้อื่น ทำให้นักเรียนเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถตัดสินใจได้ถึงความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดและผลที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในการหลีกเลี่ยงและปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศศินันท์ พันธ์สุวรรณ และคณะ (2556) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของสตรีวัยรุ่น พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ที่ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมบวกหรือลบ กิจกรรมพบทางแยก กิจกรรมแลกทางออก กิจกรรมบอกสิ่งจำเป็น และกิจกรรมเห็นความสำเร็จ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอุบลรัตน์ บุญทา (2554) ที่ศึกษาผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงในโรงเรียนขยายโอกาส พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสถานศึกษาที่มีนักเรียนวัยรุ่นหญิงควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรไปประยุกต์ใช้ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนและสังคม เพื่อเสริมสร้างให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในกลุ่มประชากรอื่น เช่น นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย เพื่อขยายผลการศึกษาให้กว้างยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามประเมินพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเป็นระยะ เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. (2556). *แม่วัยใสท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.* กรุงเทพฯ: แอดวานส์ปริ้นติ้ง.

จิราพร รัตนพงศ์. (2553). *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ที่มีต่อเจตคติต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสามบ่อวิทยา จังหวัดสงขลา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.

ชญาดา คล่องการ, และปาริชา นิพพานนทน์. (2557). ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7*(1), 285-294.

ชลดา กิ่งมาลา, ทัศนีย์ รวิวรกุล, และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2558). ผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 31*(3), 25-34.

ดวงกมล ทองอยู่. (2557). แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์, 4*(2), 179-190.

ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับ Experimental research.* พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ศศินันท์ พันธ์สุวรรณ, กนกพิชญ์ วงศ์ใหญ่, และปาณิสรา หลีค้วน. (2556). ผลของการพัฒนาทักษะการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของสตรีวัยรุ่น. *พยาบาลสาร, 40*(4), 68-79.

สกล วรเจริญศรี. (2550). *การศึกษาทักษะชีวิตและการสร้างโมเดลกลุ่มฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนวัยรุ่น* (ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2554). แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส และการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในจังหวัดกำแพงเพชร. ใน *เอกสารรวมงานวิจัย พ.ม. ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2556* (น. 25-27). ลพบุรี: ผู้แต่ง.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2559). *โปรแกรม HDC เวอร์ชั่น 2.0 [ฐานข้อมูลสำเร็จรูป]*. กำแพงเพชร: ผู้แต่ง.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2554). *ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ. 2554*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2559). *อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2559*. สืบค้นจาก http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=152

อุบลรัตน์ บุญทา. (2554). ผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงในโรงเรียนขยายโอกาส อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 5*(2), 46-53.

โมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย

Measurement Model of the Thai Version of Pain Catastrophizing Scale

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) [1]
Yosapon Leaungsomnapa, Ph.D. (Research and Methodology in Cognitive Science) [1]
นุสรา ประเสริฐศรี, ปร.ด. (การพยาบาล) [2]
Nusara Prasertsri, Ph.D. (Nursing) [2]
ชวนชม พืชพันธ์ไพศาล, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) [3]
Chuanchom Peaschpunpisal, M.N.S. (Gerontological Nursing) [3]
ลลิตา เดชาวุธ, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) [4]
Lalita Dechavoot, M.N.S. (Family Nursing) [4]
พิมพ์รัตน์ โทกุล, พย.บ. [5]
Pimrat Tokun, B.N.S. [5]

Received: March 26, 2020 Revised: April 25, 2020 Accepted: April 29, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาโมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีปัญหาความปวดเฉียบพลันและเรื้อรังที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 500 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด มีค่าความเชื่อมั่น .87 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัยพบว่า โมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี โดยมีค่า $\chi^2 = 88.73$, df = 40, $\chi^2/df = 2.22$, $p < .001$, RMSEA = .048, NFI = .99 และ CFI = 1 องค์ประกอบของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด การขยายภาพความปวดมากขึ้น และการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ โดยทั้ง 3 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (standardized loading factor) อยู่ในช่วง .60-.97 ค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝง (Rho C) อยู่ในช่วง .78-.91 และค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้ (Rho V) อยู่ในช่วง .54-.67 สรุปได้ว่าโมเดลการวัดนี้มีความตรงสู่สมบูรณ์ ความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง และความตรงเชิงโครงสร้าง ในการประเมินผู้ป่วยไทยที่มีความปวดเฉียบพลันและเรื้อรัง

[1, 3, 4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1, 3, 4] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: cardionursing@hotmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
[2] Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong
[5] พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[5] Registered Nurse, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรนำแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดนี้ไปใช้ในการประเมินผู้ที่มีความปวดโดยเฉพาะระดับมาก เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดการความปวดต่อไป

คำสำคัญ: โมเดลการวัด ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to examine the measurement model of the Thai version of pain catastrophizing scale. The samples were 500 patients with acute and chronic pain who were treated at Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province. The research instruments consisted of the demographic questionnaire and the Thai version of pain catastrophizing scale with the reliability of .87. Data were collected from July to December, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and confirmatory factor analysis.

The research results revealed that the model of the Thai version of pain catastrophizing scale had good of fit with empirical data (relative χ^2 = 88.73, df = 40, χ^2/df = 2.22, p < .001, root mean square error of approximation [RMSEA] = .048, normed fit index [NFI] = .99, and comparative fit index [CFI] = 1). There were three subscales of pain catastrophizing scale including 1) rumination, 2) magnification, and 3) helplessness, three subscales had standardized loading factor ranged from .60 to .97, construct reliability (Rho C) ranged from .78 to .91, and average variance extracted (Rho V) ranged from .54 to .67. This research has illustrated satisfactory psychometric properties of the Thai version of pain catastrophizing scale. We provide evidence for the convergent validity, construct reliability, and construct validity as an instrument for measuring pain catastrophizing in Thai patient with acute and chronic pain.

This research suggests that health professionals should assess patients' pain catastrophizing to identify vulnerable individuals with severe pain intensity who may be candidates for early and timely intervention efforts to enhance adjustment to pain.

Keywords: Measurement model, Pain catastrophizing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการความปวดเป็นประเด็นของการดูแลสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากความปวดเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยของผู้มาใช้บริการทางการแพทย์ (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008) รวมถึงการกำหนดเป็นกิจกรรมมาตรฐานที่สมาคมความปวดของประเทศสหรัฐอเมริกาประกาศให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพประการที่ 5 ที่ผู้รับบริการต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมจากสัญญาณชีพพื้นฐาน 4 ประการ (Mularski et al., 2006; Quartana, Campbell, & Edwards, 2009) นอกจากนี้ความปวดยังเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายของประเทศ ดังผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ชี้ให้เห็นว่า ในปี ค.ศ. 2010 มีการใช้งบประมาณของประเทศเพื่อการบริหารจัดการความปวดสูงถึง 560-635 พันล้านดอลล่าร์สหรัฐ แบ่งออกเป็นต้นทุนการดูแลปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากการมีความปวด 261-300 พันล้านดอลล่าร์สหรัฐ และต้นทุนการเสียโอกาสการสร้างผลผลิตหากไม่มีปัญหาความปวดเกิดขึ้น 299-335 พันล้านดอลล่าร์สหรัฐ (Gaskin & Richard, 2012) ดังนั้น ความปวดจึงมีความสำคัญทั้งในแง่ระบบบริการสุขภาพที่มีการกำหนดให้ความชุกของ

ความปวดเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญต่อคุณภาพการดูแลบุคคลที่มีความปวด (Sawyer, Haslam, Daines, & Stilos, 2010) และแง่มุมการศึกษาวิจัยที่มีการออกแบบศึกษากลไกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดอย่างลึกซึ้งมากขึ้นทั้งในคลินิกและห้องปฏิบัติการ (Lyby, Aslaksen, & Flaten, 2010; Moont, Pud, Sprecher, Sharvit, & Yarnitsky, 2010; Thompson, Keogh, & French, 2011) อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิธีจัดการความปวดยังคงมีความจำเป็นต้องศึกษาต่อเนื่อง เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์การรับรู้เฉพาะของแต่ละบุคคล (Ip, Abrishami, Peng, Wong, & Chung, 2009) และมีหลายมิติ ทั้งมิติการรับรู้ลักษณะความปวด (sensory component) มิติอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปวด (affective component) มิติความคิดที่เกี่ยวข้องกับความปวด (cognitive component) มิติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด (behavioral component) และมิติสรีระที่เกี่ยวข้องกับความปวด (physiologic component) (Gelinas, 2010)

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด (pain catastrophizing) เป็นตัวแปรในมิติความคิดที่เกี่ยวข้องกับความปวด ในต่างประเทศมีการศึกษาความปวดด้วยตัวแปรนี้มากขึ้นทั้งบริบทความปวดเรื้อรังและเฉียบพลัน (Quartana et al., 2010) ในขณะที่ยังมีการศึกษาน้อยมากในประเทศไทย ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดนั้น เป็นชุดความคิดด้านลบอย่างมากจนนำไปสู่การตีความหรือคาดคะเนประสบการณ์ความปวดที่มากเกินจริง (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995) และทำให้บุคคลรายงานความปวดมากขึ้น จากกลไกของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดนั้น สามารถทำให้จิตใจจดจ่อหรือสนใจต่อความปวดมากขึ้น (Quartana et al., 2009) และสามารถลดการทำหน้าที่ของ endogenous pain inhibitory ได้ (Goodin et al., 2009) ในขณะที่ความปวดเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและอารมณ์ (Moriarty, McGuire, & Finn, 2011) ดังนั้นหากมีการประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดร่วมด้วยเสมอในผู้ที่มีระดับความปวดมาก ย่อมจะมีประโยชน์ในการหากลวิธีลดความคิดดังกล่าว และส่งผลดีต่อการลดระดับความปวดของบุคคลลงได้

การวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดที่นิยมมากในปัจจุบัน คือ การใช้แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด (pain catastrophizing scale [PCS]) ที่พัฒนาโดย Sullivan et al. (1995) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดหรือความรู้สึกเมื่อมีประสบการณ์ความปวดทั้งสิ้น 13 ข้อ ใน 3 มิติ ได้แก่ มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) มีการแปลไปใช้แล้วในหลายภาษา เช่น ภาษาดัตช์ (Crombez, Eccleston, Baeyens, & Eelen, 1998) ภาษาเยอรมัน (Meyer, Sprott, & Mannion, 2008) ภาษาคาทาลัน (Miro, Nieto, & Huguet, 2008) และมีการศึกษาพบว่า คะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมจากแบบวัดนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความปวดได้ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี (Campbell et al., 2010; Forsythe, Thorn, Day, & Shelby, 2011; Hirsh, George, Bialosky, & Robinson, 2008) ผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม (Edwards et al., 2010) และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ (Hirsh, George, Riley III, & Robinson, 2007) รวมถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดยังสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของความปวดได้ โดยผู้ป่วยที่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระยะก่อนผ่าตัดในระดับสูง มีแนวโน้มของการเกิดความปวดเฉียบพลันในระยะหลังผ่าตัดได้ในระดับสูง และคงทนยาวนานจนเปลี่ยนเป็นความปวดเรื้อรังได้ในที่สุด (Khan et al., 2011)

การมีแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยที่แปลย้อนกลับจากต้นฉบับของ Sullivan et al. (1995) และผ่านการศึกษาโมเดลการวัด (measurement model) เป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาพรมแดนความรู้ในเรื่องการประเมินความปวดของประเทศไทยได้อีกทางหนึ่ง การศึกษาที่ผ่านมาพบงานวิจัยที่มีการแปลย้อนกลับแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดของ Sullivan et al. เป็นภาษาไทย ทำการหาองค์ประกอบ (factor analysis) และความตรง (validity) ของแบบวัดดังกล่าว โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (Youngcharoen, Aree-U, & Saraboon, 2018) อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาตามทฤษฎีการวัด (measurement theory) เครื่องมือวัดควรผ่านการทดสอบโมเดลการวัดที่ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดตัวแปรแฝงเป็นโครงสร้างเครื่องมือวัด (construct) กำหนดข้อคำถามหรือตัวแปรสังเกตได้ในแต่ละตัวแปรแฝงชัดเจน และทดสอบชุดความสัมพันธ์ของการวัดตัวแปรแฝงผ่านตัวแปรสังเกตในข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hair Jr, Black, Babin, & Anderson, 2010a) ผลดีของการทดสอบโมเดลการวัดจะทำให้ได้เครื่องมือประเมินสิ่งที่จะวัดได้ดียิ่งขึ้น การทดสอบโมเดลของการวัดแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาความปวดที่หลากหลายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและต้องการการศึกษาค้นคว้าต่อยอด จากความสำคัญดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงศึกษาโมเดลการวัดของ

แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย โดยทำการศึกษาในผู้ที่มีปัญหาความปวดที่หลากหลาย ผลการวิจัยจะทำให้ได้แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยที่ผ่านการทดสอบโมเดลการวัดและใช้ในการศึกษาวิจัยหรือการประเมินทางคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาโมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย

สมมติฐานการวิจัย

โมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาโมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย Sullivan et al. (1995) โดยความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดตามแนวคิดของ Sullivan ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ การครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) การขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) และการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 13 ข้อ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่มีปัญหาความปวดเฉียบพลันและเรื้อรังที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในปี พ.ศ. 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ที่มีปัญหาความปวดเฉียบพลันหลังการผ่าตัดเกี่ยวกับหัวใจ ทางเดินหายใจ ช่องท้อง อุ้งเชิงกรานและกระดูก ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และผู้ที่มีปัญหาความปวดเรื้อรังที่มารับบริการ ณ คลินิกความปวด คลินิกกระดูกและกล้ามเนื้อ คลินิกมะเร็ง และแผนกกายภาพบำบัด 2) กลุ่มปวดเฉียบพลัน อยู่ในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มปวดเรื้อรัง มีระยะเวลาของความปวดมากกว่า 3 เดือน 3) รู้สึกตัวดี 4) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ไม่มีปัญหาความจำบกพร่อง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination [TMSE]) 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 6) อาการปวดไม่กำเริบ สามารถให้ข้อมูลในขณะสอบถามได้ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์ด้วยสถิติในกลุ่มการวิเคราะห์องค์ประกอบ ของ Schumacker and Lomax (2004) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 500 คน และเพื่อเป็นการสำรองข้อมูลในกรณีที่มีข้อมูลกระจายไม่ปกติ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 550 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัญหาที่ทำให้เกิดความปวด และระยะเวลาของความปวด จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด คณะผู้วิจัยใช้แบบวัดของ Sullivan et al. (1995) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดหรือความรู้สึกเมื่อมีประสบการณ์ความปวด แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) จำนวน 3 ข้อ มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) จำนวน 4 ข้อ และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ตั้งแต่ไม่มีความคิดหรือความรู้สึกตามเหตุการณ์นั้น ๆ เลย จนถึง มีความคิดหรือความรู้สึกตามเหตุการณ์นั้น ๆ ตลอดเวลา คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-52 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีความคิดที่ไม่เหมาะสมในระดับน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50/ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน) และมีความคิดที่ไม่เหมาะสมในระดับมาก (สูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50/ มากกว่า 26 คะแนน) แบบวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษนี้มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .87 ส่วนความเชื่อมั่นของมิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ มีค่าเท่ากับ .60, .87 และ .79 ตามลำดับ

ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบวัดนี้จากเจ้าของเรียบร้อยแล้ว และแปลแบบวัดด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) ตามการประยุกต์ใช้ Brislin's translation model (Phongphanngam & Lach, 2019) โดยทำการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย แล้วแปลกลับจากภาษา

ไทยเป็นภาษาอังกฤษ โดยใช้ผู้แปลที่สามารถใช้ได้ทั้ง 2 ภาษา และไม่ใช้ผู้แปลคนเดียวกันในการแปลแต่ละขั้นตอน จากนั้นคณะผู้วิจัยตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและบริบททางวัฒนธรรม จนได้เป็นแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย และนำแบบวัดที่ได้ไปทำการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interview) กับผู้ที่มีปัญหาความปวด จำนวน 10 คน เพื่อศึกษาความเข้าใจต่อเนื้อหาในข้อคำถามและคำตอบ ทำให้เป็นเครื่องมือที่ลดความเข้าใจผิดพลาดของผู้ให้ข้อมูลได้มากที่สุด (Izumi, Vandermause, & Benavides-Vaello, 2013) ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นตามผลการสัมภาษณ์เชิงปัญญา จากนั้นนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ที่มีปัญหาความปวดที่มารับบริการ ณ แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .87 และหาค่าความเชื่อมั่นซ้ำอีกครั้งกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (จำนวน 500 คน) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .93 ส่วนความเชื่อมั่นของมิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ มีค่าเท่ากับ .71, .86 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 023 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2562) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นอดีตอาจารย์พยาบาล พยาบาล และนักกายภาพบำบัด รวมจำนวน 3 คน โดยมีการประชุมร่วมกัน เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาของข้อคำถามและวิธีการถาม จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง โดยพบกลุ่มปวดเฉียบพลันที่หอผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ และพบกลุ่มปวดเรื้อรังในขณะรอรับการตรวจรักษาหรือรอรับใบนัด/ใบสั่งยา แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามและแบบวัด โดยใช้เวลาคนละ 20-30 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชั่น 24 และ LISREL เวอร์ชั่น 10.2 โดยข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดรายข้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การกระจายของข้อมูลทดสอบด้วยค่าความเบ้และค่าความโด่ง โมเดลการวัด ทดสอบด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) โดยกำหนดค่าดัชนีประเมินความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ คือ Chi-square/df ≤ 3, RMSEA < .05, NFI และ CFI > .95 (Hair Jr, Black, Babin, & Anderson, 2010b; Tabachnick & Fidell, 2013) ส่วนค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝง (Rho C) และค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้ (Rho V) คำนวณด้วยโปรแกรม Excel โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝงและค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้ คือ ≥ .60 และ ≥ .50 ตามลำดับ (Ahmad, Zulkurnain, & Khairushalimi, 2016) ทั้งนี้ได้ตัดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสาเหตุของการกระจายที่ผิดปกติ เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน ซึ่งเป็นไปตามหลักการวิเคราะห์องค์ประกอบที่วางแผนไว้ (Schumacker & Lomax, 2004)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีปัญหาความปวดเฉียบพลันและเรื้อรัง พบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.20 มีอายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51 โดยมีอายุเฉลี่ย 52.30 ปี (*SD* = 14.80) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.20 ปัญหาที่ทำให้เกิดความปวดส่วนใหญ่ คือ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 67 และมีระยะเวลาของความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน (ปวดเฉียบพลัน) คิดเป็นร้อยละ 56.20 และมากกว่า 3 เดือน (ปวดเรื้อรัง) คิดเป็นร้อยละ 43.80

2. โมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย

การวิเคราะห์โมเดลการวัดของแบบวัดฯ ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน พบว่า ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ มีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ในช่วง 1.68-2.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 1.03-1.28

ค่าความเบ้อยู่ในช่วง (-1.09)-.88 และค่าความโด่งอยู่ในช่วง (-.02)-1.19 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีโมเดลการวัดที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า χ^2 = 756.09, df = 62, χ^2/df = 12.20, p < .001, RMSEA = .150, NFI = .94 และ CFI = .94 หลังการปรับโมเดลแล้วพบว่าโมเดลการวัดที่ได้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี โดยมีค่า χ^2 = 88.73, df = 40, χ^2/df = 2.22, p < .001, RMSEA = .048, NFI = .99 และ CFI = 1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ก่อนและหลังการปรับโมเดล (n = 500)

โมเดล	χ^2	df	χ^2/df	*p*	RMSEA	NFI	CFI
ก่อนการปรับ	756.09	62	12.20	< .001	.150	.94	.94
หลังการปรับ	88.73	40	2.22	< .001	.048	.99	1.00

เมื่อพิจารณารายละเอียดของผลการวิเคราะห์แต่ละองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบที่ 1 การครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (standardized loading factor [SLF]) อยู่ในช่วง .62-.97 ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณ (error estimate) อยู่ในช่วง .07-.61 ค่าความเชื่อมั่นของการวัด (R^2) อยู่ในช่วง .39-.93 ค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝง (Rho C) เท่ากับ .89 และค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้ (Rho V) เท่ากับ .67 ส่วนองค์ประกอบที่ 2 การขยายภาพความปวดมากขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในช่วง .60-.86 ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณอยู่ในช่วง .27-.65 ค่าความเชื่อมั่นของการวัดอยู่ในช่วง .35-.73 ค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝงเท่ากับ .78 และค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้เท่ากับ .54 สำหรับองค์ประกอบที่ 3 การคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในช่วง .64-.91 ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณอยู่ในช่วง.18-.59 ค่าความเชื่อมั่นของการวัดอยู่ในช่วง .41-.84 ค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝงเท่ากับ .91 และค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้เท่ากับ .63 ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยนี้มีความตรงสู่สมบูรณ์ (convergent validity) ซึ่งพิจารณาจากค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้ ≥ .50 มีความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง (construct reliability) ซึ่งพิจารณาจากค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝง ≥ .60 (Ahmad et al., 2016; Hair Jr et al., 2010b) และมีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) เนื่องจากมีความตรงสู่สมบูรณ์ ความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง ร่วมกับทุกองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ≥ .50 (Hair Jr et al., 2010a)

ตารางที่ 2 องค์ประกอบและค่าประเมินโมเดลการวัด (n = 500)

องค์ประกอบ/ข้อคำถาม	**น้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน** (SLF)	**ความคลาดเคลื่อนของการประมาณ** (error estimate)	**ความเชื่อมั่นของการวัด** (R^2)	**ความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝง** (Rho C)	**ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้** (Rho V)
การครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด				.89	.67
8. ฉันกังวลอยากให้ความปวดหายไป	.69	.52	.48		
9. ฉันไม่สามารถสลัดความปวดออกจากความคิดของฉันได้	.94	.11	.89		
10. ฉันคิดตลอดว่ามันปวดมากแค่ไหน	.97	.07	.93		

ตารางที่ 2 องค์ประกอบและค่าประเมินโมเดลการวัด (n = 500) (ต่อ)

องค์ประกอบ/ข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (SLF)	ความคลาดเคลื่อนของการประมาณ (error estimate)	ความเชื่อมั่นของการวัด (R^2)	ความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝง (Rho C)	ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้ (Rho V)
11. ฉันคิดเสมอเกี่ยวกับฉันต้องการให้ความปวดสิ้นสุดลง	.62	.61	.39		
การขยายภาพความปวดมากขึ้น				.78	.54
6. ฉันกลัวว่าความปวดจะแย่ลง	.60	.65	.73		
7. ฉันคิดตลอดเวลาเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ความปวดอื่นที่เคยเกิดกับตนเอง เช่น ปวดศีรษะ ปวดฟัน ปวดท้อง	.86	.27	.54		
13. ฉันสงสัยว่าอาจมีบางสิ่งบางอย่างที่ร้ายแรงเกิดขึ้น	.73	.46	.35		
การคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้				.91	.63
1. ฉันกังวลตลอดเวลาว่าความปวดจะหายไปหรือไม่	.72	49	.51		
2. ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สามารถผ่านมันไปได้	.79	.38	.62		
3. มันแย่มาก และฉันคิดว่ามันคงไม่มีทางที่จะดีขึ้น	.81	.34	.66		
4. มันน่ากลัวและทำให้ฉันรู้สึกไม่สามารถจัดการรับมือกับมันได้	.91	.18	.84		
5. ฉันรู้สึกว่าฉันทนไม่ได้	.88	.23	.55		
12. ไม่มีอะไรที่ฉันสามารถทำเพื่อลดความรุนแรงของความปวดได้เลย	.64	.59	.41		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า โมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีความตรงสู่สมบูรณ์ ความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง และความตรงเชิงโครงสร้าง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดที่พัฒนาโดย Sullivan et al. เป็นแบบวัดที่สะท้อนแนวคิดของความคิดที่ไม่เหมาะสม (catastrophizing) ซึ่งเป็นหนึ่งในความคิดที่คลาดเคลื่อน (Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 2004) เพราะโครงสร้างของแบบวัดนี้ครอบคลุมชุดความคิดด้านลบอย่างมากที่จะนำไปสู่การตีความหรือคาดการณ์ประสบการณ์ความปวดที่มากเกินจริง ทั้งการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด การขยาย

ภาพความปวดมากขึ้น และการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด นอกจากนี้ วิธีการแปลแบบวัดฯ ครั้งนี้ ใช้วิธีการแปลย้อนกลับโดยผู้ที่มีความรู้ ความสามารถทั้ง 2 สองภาษา รวมถึงมีความเข้าใจในเนื้อหาที่ต้องการวัด ส่งผลดีให้ข้อคำถามที่แปลนั้นมีความหมายคล้ายคลึงกับแบบวัดต้นฉบับได้มาก และยังมีการเพิ่มขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพของแบบวัดด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญญากับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไทย ที่มีปัญหาความปวดจริง ทำให้ทราบความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างต่อความหมายของข้อคำถามที่คลาดเคลื่อน เกิดการปรับภาษาของข้อคำถามในแบบวัดได้เหมาะสมกับประเด็นที่ต้องการจะวัดได้อย่างแท้จริง ภายใต้จุดประสงค์การวัดตามแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดต้นฉบับ (Izumi et al., 2013) ส่งผลให้แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยมีข้อคำถามที่มีความหมาย อ่านเข้าใจชัดเจน มีโมเดลการวัดที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (model fit) และมีความตรงสู่สมบูรณ์ ความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง และความตรงเชิงโครงสร้าง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Damme, Crombez, Bijttebier, Goubert, and Houdenhove (2002) ที่นำแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาดัตช์ไปศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันในกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดและไม่มีความปวด พบว่า แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดใน 3 มิติ ได้แก่ มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Severeijns, van den Hout, Vlaeyen, and Picavet (2002) ที่นำแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาดัตช์ไปศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันในกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 2,789 คน พบว่า แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดใน 3 มิติ ได้แก่ มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Miro et al. (2008) ที่แปลแบบวัดความคิดที่ไม่หมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาคาทาลันซึ่งเป็นภาษาที่ใช้กันในประเทศสเปน และศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันในกลุ่มนักศึกษาที่ไม่มีความปวดกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 426 คน วิเคราะห์องค์ประกอบทั้ง 3 มิติ ด้วยการทดสอบทั้งโมเดลที่มี 1 มิติ 2 มิติ และ 3 มิติ พบว่า แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดแบบ 3 มิติ มีค่าดัชนีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีกว่าแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดแบบ 1 มิติ และแบบ 2 มิติ จึงสรุปว่า แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดแบบ 3 มิติ ได้แก่ มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แพทย์และพยาบาลควรนำแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาความปวดและจัดการด้วยยาแล้วได้ผลน้อย เพื่อค้นหาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มการรับรู้ความปวดของบุคคล โดยนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนลดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดต่อไป เช่น การจัดกิจกรรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ที่สามารถนำไปปฏิบัติต่อได้ในชีวิตจริง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดนี้ โดยจำแนกตามเพศ หรือชนิดของความปวด คือ ปวดเฉียบพลันและปวดเรื้อรัง เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการรายงานความปวดของแต่ละบุคคลเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

Ahmad, S., Zulkurnain, N. A., & Khairushalimi, F. I. (2016). Assessing the validity and reliability of a measurement model in structural equation modeling (SEM). *British Journal of Mathematics & Computer Science, 15*(3), 1-8.

Campbell, C. M., Witmer, K., Simango, M., Carteret, A., Loggia, M. L., Campbell, J. N., … Edwards, R. R. (2010). Catastrophizing delays the analgesic effect of distraction. *Pain, 149*(2), 202-207.

Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F., & Eelen, P. (1998). When somatic information threatens, pain catastrophizing enhances attentional interference. *Pain, 75*(2-3), 187-198.

Damme, S. V., Crombez, G., Bijttebier, P., Goubert, L., & Houdenhove, B. V. (2002). A confirmatory factor analysis of the pain catastrophizing scale: Invariant factor structure across clinical and non-clinical populations. *Pain, 96*(3), 319-324.

Edwards, R. R., Giles, J., Bingham III, C. O., Campbell, C., Haythornthwaite, J. A., & Bathon, J. (2010). Moderator of the negative effects of catastrophizing in arthritis. *Pain Medicine, 11*(4), 591-599.

Forsythe, L. P., Thorn, B., Day, M., & Shelby, G. (2011). Race and sex differences in primary appraisals, catastrophizing, and experimental pain outcomes. *American Pain Society, 12*(5), 563-572.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (2004). *Cognitive therapy in the real world establishing a foundation for effective treatment: Clinical applications of cognitive therapy* (2nd ed.). New York: Klumer Academic Plenum.

Gaskin, D. J., & Richard, P. (2012). The economic costs of pain in the United States. *The Journal of Pain, 13*(8), 715-724.

Gelinas, C. (2010). Pain and pain management. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Critical Care Nursing* (pp. 135-159). Missouri: Mosby Elsevier.

Goodin, B. R., McGuire, L., Allshouse, M., Stapleton, L., Haythornthwaite, J. A., Burns, N., … Edwards, R. R. (2009). Associations between catastrophizing and endogeneous pain-inhibitory processes: Sex differences. *The Journal of Pain, 10*(2), 180-190.

Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010a). *Application of SEM multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed.). Upper Saddle River: Pearson Education.

Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010b). *SEM: An introduction multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed.). Upper Saddle River: Pearson Education.

Hirsh, A. T., George, S. Z., Bialosky, J. E., & Robinson, M. E. (2008). Fear of pain, pain catastrophizing, and acute pain perception: Relative prediction and timing of assessment. *The Journal of Pain, 9*(9), 806-812.

Hirsh, A. T., George, S. Z., Riley III, J. L., & Robinson, M. E. (2007). An evaluation of the measurement of pain catastrophizing by the coping strategies questionnaire. *European Journal of Pain, 11*(1), 75-81.

Ip, H. Y., Abrishami, A., Peng, P. W., Wong, J., & Chung, F. (2009). Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: A qualitative systematic review. *Anesthesiology, 111*(3), 657-677.

Izumi, S., Vandermause, R., & Benavides-Vaello, S. (2013). Adapting cognitive interviewing for nursing research. *Research in Nursing & Health, 36*(6), 623-633.

Khan, R. S., Ahmed, K., Blakewey, E., Skapinakis, P., Nihoyannopoulos, L., Macleod, K., … Athanasiou, T. (2011). Catastrophizing: A predictive factors for postoperative pain. *The American Journal of Surgery, 201*(1), 122-131.

Lyby, P. S., Aslaksen, P. M., & Flaten, M. A. (2010). Is fear of pain related to placebo analgesia?. *Journal of Psychosomatic Research, 68*(4), 369-377.

Meyer, K., Sprott, H., & Mannion, A. F. (2008). Cross-cultural adaption, reliability, and validity of the German version of the pain catastrophizing scale. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(5), 469-478.

Miro, J., Nieto, R., & Huguet, A. (2008). The Catalan version of the pain catastrophizing scale: A useful instrument to assess catastrophic thinking in whiplash patients. *The Journal of Pain, 9*(5), 397-406.

Moont, R., Pud, D., Sprecher, E., Sharvit, G., & Yarnitsky, D. (2010). 'Pain inhibits pain' mechanisms: Is pain modulation simply due to distraction?. *Pain, 150*(1), 113-120.

Moriarty, O., McGuire, B. E., & Finn, D. P. (2011). The effect of pain on cognitive function: A review of clinical and preclinical research. *Progress in Neurobiology, 93*(3), 385-404.

Mularski, R. A., White-Chu, F., Overbay, D., Miller, L., Asch, S. M., & Ganzini, L. (2006). Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. *Journal of General Internal Medicine, 21*(6), 607-612.

Phongphanngam, S., & Lach, H. W. (2019). Cross-cultural instrument translation and adaptation: Challenges and strategies. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 23*(2), 170-179.

Quartana, P. J., Buenaver, L. F., Edwards, R. R., Klick, B., Haythornthwaite, J. A., & Smith, M. T. (2010). Pain catastrophizing and salivary cortisol responses to laboratory pain testing in temporomandibular disorder and healthy participants. *Journal of Pain, 11*(2), 186-194.

Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics, 9*(5), 745-758.

Sawyer, J., Haslam, L., Daines, P., & Stilos, K. (2010). Pain prevalence study in a large Canadian teaching hospital. Round 2: lessons learned?. *Pain Management Nursing, 11*(1), 45-55.

Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *Correlation a beginner's guide to structural equation modeling* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associated.

Severeijns, R., van den Hout, M. A., Vlaeyen, J. W., & Picavet, H. S. (2002). Pain catastrophizing and general health status in a large Dutch community sample. *Pain, 99*(1-2), 367-376.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). *Pain Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing Vol.1*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment, 7*(4), 524-532.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Structural equation modeling using multivariate statistics* (6th ed.). Upper Saddle River: Pearson Education.

Thompson, T., Keogh, E., & French, C. C. (2011). Sensory focusing versus distraction and pain: Moderating effects of anxiety sensitivity in males and females. *American Pain Society, 12*(8), 849-858.

Youngcharoen, P., Aree-U, A., & Saraboon, Y. (2018). Validation of pain catastrophizing scale-Thai version in older adults with knee osteoarthritis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 22*(3), 236-247.

แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด

Social Support and Quality of Life among End-stage Renal Disease Hemodialysis Patients

สมพร ชินโนรส, วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์) [1]
Somporn Chinnoros, M.Sc. (Medical-Surgical Nursing) [1]
ชุติมา ดีปัญญา, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) [2]
Chutima Deepanya, M.N.S. (Adult Nursing) [2]
สุภาพร ภูษณวรรณ, พย.บ. [3]
Supaporn Phusanawun, B.N.S. [3]

Received: March 31, 2020 Revised: May 1, 2020 Accepted: May 5, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง และคลินิกเวชกรรมด้านไตเทียม 1 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร รวมจำนวน 160 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไต มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .75-.97 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง (M = 3.25, SD = .67) และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับน้อย (M = 2.68, SD = .72)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรสนับสนุนผู้ดูแลให้ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด เพื่อบรรเทาปัญหาด้านร่างกาย รวมทั้งร่วมกับผู้ดูแลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต การฟอกเลือด

[1] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
[1] Associate Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: somporn@slc.ac.th
[2] พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลศิริราช
[2] Registered Nurse, Hemodialysis Center, Siriraj Hospital
[3] พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
[3] Registered Nurse, Hemodialysis Center, Saint Louis Hospital

Abstract

This descriptive research aimed to study social support and quality of life in end-stage renal disease hemodialysis patients. The samples were 160 end-stage renal disease hemodialysis patients receiving hemodialysis at one private hospital and one hemodialysis clinic in Bangkok. The research instruments consisted of the personal data questionnaire, the social support assessment form with the reliability of .87, and the Kidney Disease Quality of Life Short Form with the reliability in the range .75-.97. Data were collected from April to May, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that the end-stage renal disease hemodialysis patients had the overall mean score of social support at the moderate level (M = 3.25, SD = .67). However, they had the overall mean score of quality of life at the low level (M = 2.68, SD = .72).

This research suggests that nurses should encourage the caregivers to support the end-stage renal disease hemodialysis patients in order to solve physical problems as well as cooperate with the caregivers in promoting the quality of life among the patients.

Keywords: Social support, Quality of life, Hemodialysis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายไม่สามารถขจัดของเสียออกจากร่างกายได้ จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือด การปลูกถ่ายไต ซึ่งส่วนใหญ่มักได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยระบุว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด (prevalence case) 54,104 คน หรือคิดเป็น 823.50 ต่อล้านประชากร และมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดเพิ่มขึ้น 11,038 คน หรือคิดเป็น 168.01 ต่อล้านประชากร (Chuasuwan & Lumpaopong, 2015)

แม้ว่าการฟอกเลือดจะช่วยบรรเทาปัญหาบางประการจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ แต่ปัญหาที่เหลือยังมีผลกระทบต่อชีวิตและต้องได้รับการรักษา เช่น ภาวะซีด เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก พยาธิสภาพของเส้นประสาทส่วนปลาย ภาวะกระดูกพรุน ประกอบกับการฟอกเลือดยังทำให้ผู้ป่วยไม่มีอิสระ เพราะต้องควบคุมอาหารและน้ำ รวมทั้งมีอาการผิดปกติขณะฟอกเลือด เช่น อาการอ่อนเพลีย ตะคริว ปวดหลัง ชาปลายมือปลายเท้า หน้ามืด เวียนศีรษะ (วรรวิษา สำราญเนตร, 2553)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดยังต้องเผชิญกับความเครียด กล่าวคือ ความเครียดทางกาย เช่น อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ปวดขณะถูกเจาะหลอดเลือดดำ (Gerogianni & Babatsikou, 2013; Jadhav & Lee, 2014) เบื่ออาหาร ถูกจำกัดการทำกิจกรรมทางกาย เป็นตะคริว คันระหว่างการรักษา คลื่นไส้อาเจียน ส่วนความเครียดทางจิตสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางกายจากการมีช่องทางติดต่อระหว่างหลอดเลือดดำกับหลอดเลือดแดง (fistula) การจำกัดน้ำดื่ม การมีคุณภาพชีวิตต่ำ ปัญหาการเดินทางไปฟอกเลือด ค่ารักษา มีความหวังในชีวิตต่ำ (Gorji et al., 2013) และความเครียดทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ตกงาน มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีปัญหาเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตทางสังคม (Jadhav & Lee, 2014) ซึ่งความเครียดเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากรายงานการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง (จำรัส สาระขวัญ, สุนทรี สิทธิสงคราม, มาลินี บุญเกิด, สุกัญญา กระเบียด, และมาลี มีแป้น, 2560; รุ้งลาวัลย์ ยี่สุ่นแก้ว, สุรชาติ ณ หนองคาย, ชัยรัตน์ ฉายากุล, และดุสิต สุจิรารัตน์, 2559; สมพร ชินโนรส และชุติมา ดีปัญญา, 2562)

จากสภาพการณ์ต่าง ๆ ข้างต้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดจึงต้องปรับตัวเพื่อการดำรงชีวิต

โดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง House (1981) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotional support) ด้านการประเมินค่า (appraisal support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (instrumental support) อนึ่ง พยาบาลเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ดูแลผู้เจ็บป่วยทั่วไป และมีบทบาทที่สำคัญ คือ เป็นผู้ที่ช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และให้การดูแลด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดรวมทั้งครอบครัวคลายความทุกข์ ความวิตกกังวล เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (อัญชนา พวงจิต, ชญานิศ ลือวานิช, และศึกษาสิชน์ มณีพันธุ์, 2553) และในระดับปานกลาง (ชุติมา ดีปัญญา และสมพร ชินโนรส, 2557; Alexopoulou et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดยังมีน้อย คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องดังกล่าว โดยใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House ที่แปลโดยสุภาพ อิ่มอ้วน (2553) และใช้แบบสอบถาม Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF) ของ Kidney Disease Quality of Life Working Group ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่แปลโดยขนิษฐา หอมจีน และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2553) ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน และศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวทางของ Kidney Disease Quality of Life Working Group ประเทศสหรัฐอเมริกา (ขนิษฐา หอมจีน และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2553) แบ่งออกเป็น 19 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย 2) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย 3) ด้านความเจ็บปวด 4) ด้านสุขภาพทั่วไป 5) ด้านสุขภาพจิต 6) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ 7) ด้านบทบาททางสังคม 8) ด้านความกระฉับกระเฉง 9) ด้านอาการแสดง 10) ด้านผลกระทบจากโรคไต 11) ด้านความยากลำบากจากโรคไต 12) ด้านสภาวะการทำงาน 13) ด้านการรับรู้ 14) ด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม15) ด้านกิจกรรมทางเพศ 16) ด้านการนอนหลับ 17) ด้านการสนับสนุนทางสังคม 18) ด้านความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ และ 19) ด้านความพึงพอใจต่อการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง และคลินิกเวชกรรมด้านไตเทียม 1 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2561 จำนวนทั้งสิ้น 260 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 3 เดือนขึ้นไป 3) รู้สึกตัวดี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 160 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 40 คน และจากคลินิกเวชกรรมด้านไตเทียม จำนวน 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา สาเหตุของโรคไต โรคร่วม ความถี่ในการฟอกเลือด และผู้ดูแล จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม คณะผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่สุภาพ อิ่มอ้วน (2553) แปลจากแบบประเมิน

แรงสนับสนุนทางสังคมของ House ปี ค.ศ. 1981 แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 8 ข้อ ด้านการประเมินค่า จำนวน 8 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ และด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 32 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ใช่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ส่วนมาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (1-1.65 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.66-3.31 คะแนน) และในระดับมาก (3.32-5 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไต คณะผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ขนิษฐา หอมจีน และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2553) แปลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตฉบับภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3 (Kidney Disease Quality of Life Short FormTM) ของ Kidney Disease Quality of Life Working Group ประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบวัดทั่วไป เป็นส่วนของ SF-36 จำนวน 36 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบวัดเฉพาะโรคที่เจาะจงกับโรคไต แบ่งออกเป็น 19 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย 2) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย 3) ด้านความเจ็บปวด 4) ด้านสุขภาพทั่วไป 5) ด้านสุขภาพจิต 6) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ 7) ด้านบทบาททางสังคม 8) ด้านความกระฉับกระเฉง 9) ด้านอาการแสดง 10) ด้านผลกระทบจากโรคไต 11) ด้านความยากลำบากจากโรคไต 12) ด้านสภาวะการทำงาน 13) ด้านการรับรู้ 14) ด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม 15) ด้านกิจกรรมทางเพศ 16) ด้านการนอนหลับ 17) ด้านการสนับสนุนทางสังคม 18) ด้านความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ และ 19) ด้านความพึงพอใจต่อการรักษา รวมจำนวน 43 ข้อ ส่วนอีก 1 ข้อ เป็นการให้คะแนนสุขภาพโดยรวม รวมจำนวนทั้งสิ้น 80 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 2-7 ระดับ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน คณะผู้วิจัยปรับให้เป็น 3 ระดับ เพื่อให้เปรียบเทียบกันได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในแต่ละระดับ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

คุณภาพชีวิต	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับมาก
ด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	1.00-1.69	1.70-2.39	2.40-3.00
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย	0-1.39	1.40-2.79	2.80-4.00
ด้านความเจ็บปวด	1.00-2.69	2.70-4.39	4.40-6.00
ด้านสุขภาพทั่วไป	1.00-2.39	2.40-3.79	3.80-5.00
ด้านสุขภาพจิต	1.00-2.69	2.70-4.39	4.40-6.00
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์	0-1.09	1.10-2.19	2.20-3.00
ด้านบทบาททางสังคม	1.00-2.39	2.40-3.79	3.80-5.00
ด้านความกระฉับกระเฉง	1.00-2.69	2.70-4.39	4.40-6.00
ด้านอาการแสดง	1.00-2.39	2.40-3.79	3.80-5.00
ด้านผลกระทบจากโรคไต	1.00-2.39	2.40-3.79	3.80-5.00
ด้านความยากลำบากจากโรคไต	1.00-2.39	2.40-3.79	3.80-5.00
ด้านสภาวะการทำงาน	0-.69	.70-1.39	1.40-2.00
ด้านการรับรู้	1.00-2.69	2.70-4.39	4.40-6.00
ด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม	1.00-2.69	2.70-4.39	4.40-6.00
ด้านกิจกรรมทางเพศ	1.00-2.39	2.40-3.79	3.80-5.00
ด้านการนอนหลับ	1.00-2.69	2.70-4.39	4.40-6.00
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	1.00-2.09	2.10-3.19	3.20-4.00
ด้านความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่	1.00-2.39	2.40-3.79	3.80-5.00
ด้านความพึงพอใจต่อการรักษา	1.00-3.09	3.10-5.19	5.20-7.00
โดยรวม	1.00-3.09	3.10-5.19	5.20-7.00

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไต ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดที่คลินิกเวชกรรมด้านไตเทียม 1 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .87 และอยู่ในช่วง .75-.97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (เอกสารรับรอง เลขที่ E.072/2560 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2560) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง และหัวหน้าคลินิกเวชกรรมด้านไตเทียม 1 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร เข้าพบหัวหน้าศูนย์ไตเทียมของโรงพยาบาล และหัวหน้าคลินิก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ แห่งละ 1 คน โดยคณะผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเข้าใจ จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน โดยให้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่า เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.20 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.20 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.30 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 45 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.20 สาเหตุของโรคไต คือ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.80 โรคร่วมที่พบส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 74.50 ความถี่ในการฟอกเลือด คือ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.60 และผู้ดูแล คือ สามี/ภรรยา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.50

2. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง (M = 3.25, SD = .67) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสารสูงสุด (M = 3.41, SD = .83 และ M = 3.41, SD = .69 ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน ต่ำสุด (M = 3.09, SD = 1.01) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 160)

แรงสนับสนุนทางสังคม	*M*	*SD*	ระดับ
ด้านอารมณ์	3.41	.83	มาก
ด้านการประเมินค่า	3.10	.74	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.41	.69	มาก
ด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน	3.09	1.01	ปานกลาง
โดยรวม	3.25	.67	ปานกลาง

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับน้อย (M = 2.68, SD = .72) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางสังคม (M = 3.34, SD = .65) และด้านความพึงพอใจต่อการรักษา (M = 6, SD = 1.56) และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระดับน้อย 6 ด้าน คือ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย (M = 1.31, SD = .40) ด้านความเจ็บปวด (M = 2.49, SD = 1.09) ด้านอาการแสดง (M = 2.10, SD = .72) ด้านการรับรู้ (M = 2.34, SD = .95) ด้านกิจกรรมทางเพศ (M = 1.40, SD = .87) และด้านความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ (M = 1.39, SD = .69) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 160)

คุณภาพชีวิต	*M*	*SD*	ระดับ
ด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	2.07	.64	ปานกลาง
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย	1.31	.40	น้อย
ด้านความเจ็บปวด	2.49	1.09	น้อย
ด้านสุขภาพทั่วไป	3.10	.47	ปานกลาง
ด้านสุขภาพจิต	4.01	.51	ปานกลาง
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์	1.36	.41	ปานกลาง
ด้านบทบาททางสังคม	2.93	.61	ปานกลาง
ด้านความกระฉับกระเฉง	3.92	.58	ปานกลาง
ด้านอาการแสดง	2.10	.72	น้อย
ด้านผลกระทบจากโรคไต	2.41	.88	ปานกลาง
ด้านความยากลำบากจากโรคไต	2.61	1.09	ปานกลาง
ด้านสภาวะการทำงาน	1.21	.36	ปานกลาง
ด้านการรับรู้	2.34	.95	น้อย
ด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม	2.88	.62	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมทางเพศ	1.40	.87	น้อย
ด้านการนอนหลับ	4.09	.63	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	3.34	.65	มาก
ด้านความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่	1.39	.69	น้อย
ด้านความพึงพอใจต่อการรักษา	6.00	1.56	มาก
โดยรวม	2.68	.72	น้อย

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.20) ซึ่งอยู่ในวัยกลางคน ยังมีร่างกายที่แข็งแรง ไม่ต้องพึ่งพาด้านกิจวัตรประจำวัน และหลังได้รับการฟอกเลือด ผู้ป่วยมีสุขภาพดีกว่าก่อนการฟอกเลือด จึงมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นน้อยลง นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังเป็นเพศชายมากกว่า (ร้อยละ 56.20) และมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 54.50) ผู้ป่วยจึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี

จากภรรยา ทำให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของชุติมา ดีปัญญา และสมพร ชินโนรส (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่า ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเนื่องจากการศึกษาทั้ง 2 เรื่องนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุใกล้เคียงกัน คือ เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนเหมือนกัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสาร ในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มากที่สุด (ร้อยละ 55.60) ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด (ร้อยละ 35) และไม่มีรายได้ มากที่สุด (ร้อยละ 45) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 54.50) จึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและครอบครัว ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในระดับมาก นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 39.30) ประกอบกับการเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดนั้น จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด จึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ da Silva et al. (2016) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่า ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นอย่างดีจากครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับน้อย โดยมีคุณภาพชีวิตด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกายน้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มากที่สุด (ร้อยละ 55.60) ซึ่งการฟอกเลือดแต่ละครั้งใช้เวลา 4-5 ชั่วโมง ประกอบกับความเจ็บป่วยและการรักษาทำให้การแสดงบทบาทของผู้ป่วยถูกจำกัด เช่น การทำงาน การเข้าสังคม นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างมาก แม้ว่าผู้ป่วยจะใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ มากที่สุด (ร้อยละ 51.20) แต่มีค่ารักษาบางอย่างที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง ซึ่งมีผลกระทบอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่มีรายได้ อนึ่ง แม้ว่าการฟอกเลือดจะเป็นการรักษาที่ช่วยบรรเทาปัญหาบางประการจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ แต่ไม่ได้เป็นการรักษาที่ทำให้หายขาดจากโรค ดังกล่าว ผู้ป่วยยังมีปัญหาภาวะซีด เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก พยาธิสภาพของเส้นประสาทส่วนปลาย และภาวะกระดูกพรุน ซึ่งล้วนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร ชินโนรส และชุติมา ดีปัญญา (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพดีและแข็งแรง ดังที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.30) เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตัวเอง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านความพึงพอใจต่อการรักษา ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มากที่สุด (ร้อยละ 55.60) ซึ่งถือว่าเพียงพอสำหรับการรักษา ทำให้บรรเทาปัญหาบางประการจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ มากที่สุด (ร้อยละ 51.20) ทำให้ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากนัก และแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่โรงพยาบาล/คลินิกที่ผู้ป่วยมารับการฟอกเลือดอยู่ไม่ไกลจากที่พัก ทำให้สะดวกต่อการมาฟอกเลือด ประกอบกับผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 54.50) และมีผู้ดูแล คือ สามี/ภรรยา มากที่สุด (ร้อยละ 39.50) โดยผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี/ภรรยาและบุตรในการเดินทางไปและกลับจากโรงพยาบาล/คลินิก รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผลการวิจัยครังนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจำรัส สาระขวัญ และคณะ (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านความพึงพอใจต่อการรักษา ในระดับสูงมาก ซึ่งอาจเนื่องจากการศึกษาทั้ง 2 เรื่องนี้ แม้ว่าจะใช้แบบประเมิน KDQOL-SF เหมือนกัน แต่การคิดคะแนนและเกณฑ์การแปลผลคะแนนแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรสนับสนุนผู้ดูแลให้มีการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด เพื่อบรรเทาปัญหาด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด อาการอ่อนเพลีย รวมทั้งร่วมกับผู้ดูแลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต รวมทั้งหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

ขนิษฐา หอมจีน, และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2553). การแปลและทดสอบกระบวนการคิดของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตฉบับย่อภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3. *วารสารเภสัชกรรมไทย, 2*(1), 3-14.

จำรัส สาระขวัญ, สุนทรี สิทธิสงคราม, มาลินี บุญเกิด, สุกัญญา กระเบียด, และมาลี มีแป้น. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28*(2), 153-164.

ชุติมา ดีปัญญา, และสมพร ชินโนรส. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการฟอกเลือด. *วารสารเกื้อการุณย์, 21*(2), 182-197.

รุ้งลาวัลย์ ยี่สุ่นแก้ว, สุรชาติ ณ หนองคาย, ชัยรัตน์ ฉายากุล, และดุสิต สุจิรารัตน์. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วชิรสารการพยาบาล, 18*(1), 79-88.

วรรวิษา สำราญเนตร. (2553). *กลุ่มอาการขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

สมพร ชินโนรส, และชุติมา ดีปัญญา. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 5*(2), 54-67.

สุภาพ อิ่มอ้วน. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อัญชนา พวงจิต, ชญานิศ ลือวานิช, และศึกษาสิชน์ มณีพันธุ์. (2553). ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์การควบคุมการบริโภคอาหารที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในจังหวัดสามเหลี่ยมอันดามัน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, 6*(1), 41-62.

Alexopoulou, M., Giannakopoulou, N., Komna, E., Alikari, V., Toulia, G., & Polikandrioti, M. (2016). The effect of perceived social support on hemodialysis patients' quality of life. *Materia Socio-Medica, 28*(5), 338-342.

Chuasuwan, A., & Lumpaopong, A. (Eds.). (2015). *Thailand renal replacement therapy: Year 2015*. Retrieved from http://www.nephrothai.org/images/Final_TRT_report_2015_30-3-61.pdf

da Silva, S. M., Braido, N. F., Ottaviani, A. C., Gesualdo, G. D., Zazzetta, M. S., & Orlandi, F. d. S. (2016). Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24*, 1-7.

Gerogianni, G. K., & Babatsikou, F. P. (2013). Identification of stress in chronic haemodialysis. *Health Science Journal, 7*(2), 169-176.

Gorji, M. A. H., Mahdavi, A., Janati, Y., Illayi, E., Yazdani, J., & Setareh, J., … Gorji, A. M. H. (2013). Physiological and psychosocial stressors among hemodialysis patients in educational hospitals of northern Iran. *Indian Journal of Palliative Care, 19*(3), 166-169.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Jadhav, S. T., & lee, P. (2014). Understanding the experience of stress on initiation of haemodialysis: A phenomenological study. *International Journal of Nursing, 3*(1), 11-19.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row

ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*

The Effect of a Brief Intervention Program on Suicidal Ideation in Suicidal Attempters*

สุวลักษ์ ภูอาษา, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) [1]
Suwaluk Pooasa, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) [1]
เพ็ญพักตร์ อุทิศ, ปร.ด. (การพยาบาล) [2]
Penpaktr Uthis, Ph.D. (Nursing) [2]

Received: April 4, 2020 Revised: May 20, 2020 Accepted: May 21, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด จำนวน 30 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น แบบประเมินความหวัง มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .81 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.228$, $p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.188$, $p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันความคิดฆ่าตัวตายแก่ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการฆ่าตัวตายต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น ความคิดฆ่าตัวตาย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: suwaluk_p@hotmail.com

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University: Advisor

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of a brief intervention program on suicidal ideation in suicidal attempters. The samples consisted of 30 suicidal attempters who received service at the in-patient department, Trat Hospital and were equally divided into an experimental group (n = 15) and a control group (n = 15). The research instruments included the brief intervention program, the Herth Hope Index with the reliability of .80, the demographic questionnaire, and the SSI-Thai version 2014 with the reliability of .81. The implementation and data collection were conducted from January to May, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significant lower mean score of suicidal ideation than that of before the experiment ($t = 14.228$, $p < .001$) and lower than that of the control group ($t = 2.188$, $p < .05$).

This research suggests that psychiatric care nurses should apply this brief intervention program to prevent suicidal ideation among suicidal attempters. The program would promote suicidal attempters to have hope and appropriate behaviors in order to prevent suicide.

Keywords: Suicidal attempter, Brief intervention program, Suicidal ideation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมและประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบอัตราการทำร้ายตนเองหรือการพยายามฆ่าตัวตายของคนไทยในช่วงปี พ.ศ. 2551-2553 คิดเป็น 38.45, 38.36 และ 37.38 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในช่วงปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 6.20, 6.08, 6.07, 6.47 และ 6.35 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 4.02 : 1 โดยอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2559) นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าทุก 2 ชั่วโมง มีคนฆ่าตัวตาย 1 คน และร้อยละ 10-20 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะสามารถฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ส่วนผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำเกือบทุกราย และร้อยละ 10 ของบุคคลกลุ่มนี้สามารถจบชีวิตตนเองเป็นผลสำเร็จในเวลาต่อมา (กรมสุขภาพจิต, 2555)

พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidality) มีความหมายครอบคลุมถึงความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (Goldsmith, Pellmar, Kleinman, & Bunney, 2002) ตั้งแต่คิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) ขู่จะฆ่าตัวตาย (suicidal threat) พยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) ไปจนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) โดยความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ดังนั้น การจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายจึงเป็นการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2555) ทั้งนี้ Beck, Steer, and Ranieri (1988) ได้อธิบายว่า ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) เป็นความปรารถนาหรือแผนการที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเพื่อต้องการจะทำร้ายตนเองให้เสียชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่ปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความรุนแรงของความตั้งใจในความคิดฆ่าตัวตายนั้นจะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม Feigelman and Feigelman (2008) พบว่า แม้ว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายจะได้รับการช่วยเหลือเพื่อฟื้นชีวิตแล้ว แต่เมื่อกลับไปอยู่ในสังคมและต้องมีการปรับตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งการสูญเสียที่เกิดขึ้น เมื่อปรับตัวไม่ได้หรือปรับตัวได้ไม่ดี อาจเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายและนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในที่สุด สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Hawton, Zahl, and Weatherall (2003) ที่ศึกษาติดตามนาน 1 ปี พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความคิดฆ่าตัวตายและเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ คิดเป็น 66 เท่า ของประชากรทั่วไปที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ความคิดฆ่าตัวตายที่ยังหลงเหลืออยู่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายมีหลายประการ (วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์, 2557; อนุพงศ์ คำมา, 2556; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคลิกภาพ อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย โรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด 2) ปัจจัยทางสังคม เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ สัมพันธภาพกับคู่สมรส ประวัติการทำร้ายตัวเองและคนในครอบครัว และ 3) ปัจจัยทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกโกรธและโมโห ทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม และการขาดเป้าหมายในชีวิต โดยปัจจัยทางจิตใจนั้นสามารถอธิบายตามแนวคิด stress-diathesis model ได้ว่า ความคิดฆ่าตัวตายเกิดจากการที่บุคคลมีความเครียดและความกดดันในชีวิต ร่วมกับมี diathesis คือ ภาวะเปราะบาง (vulnerable) ที่สำคัญ เช่น การขาดความหวังและแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Hawton & van Heeringen, 2009) ซึ่งเป็นภาวะเปราะบางที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมา โดยเฉพาะในขณะที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์เครียดในชีวิต ส่วนการศึกษาของ Huen, Ip, Ho, and Yip (2015) พบว่า ผู้ที่มีความหวังมากจะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่า ดังนั้น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดความหวังและมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง และสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

จากการทบทวนวรรณกรรม แม้ว่าจะมีการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตาย เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (กรรณิการ์ ผ่องโต และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2557) การให้คำปรึกษาครอบครัว (น้ำทิพย์ วิชาชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2555) และการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (จารุวรรณ ก้านศรี, 2555) อย่างไรก็ตาม การบำบัดดังกล่าวต้องใช้เวลาในการบำบัด 3-6 สัปดาห์ จึงไม่สามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จในช่วงที่ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการรักษาตัวเพื่อดูแลภาวะที่คุกคามชีวิตด้านร่างกายในโรงพยาบาล ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่า O'Connor et al. (2015) ได้พัฒนาการบำบัดแบบสั้น (brief intervention) โดยเรียกชื่อโปรแกรมว่า Teachable Moment Brief Intervention (TMBI) เพื่อใช้บำบัดผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยโปรแกรมนี้เกิดจากการผสมผสาน 2 แนวคิด คือ the therapeutic philosophy of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) (Comtois et al., 2011) และ the functional analysis of self-directed violence inherent in Dialectical Behavior Therapy (DBT) (Linehan et al., 2006) ซึ่งพบว่า ข้อดีของการบำบัดแบบสั้นนี้ คือ ประกอบด้วยกิจกรรมบำบัด 4 ขั้นตอน ใช้เวลาดำเนินการเพียงขั้นตอนละ 60 นาที และสามารถดำเนินการได้ทุกวันติดต่อกัน จึงสามารถดำเนินการบำบัดและประเมินผลได้เสร็จสิ้นภายในเวลา 4 วัน ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนพักในโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการด้านร่างกายที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตาย การบำบัดแบบสั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการยอมรับตนเอง รวมทั้งเกิดความหวัง และมีแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งปัจจุบัน โปรแกรมนี้ยังไม่เคยมีการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายในประเทศไทย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นตามแนวคิดของ O'Connor et al. (2015) และนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในบริบทของประเทศไทย เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ และเพิ่มทางเลือกในการบำบัดผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

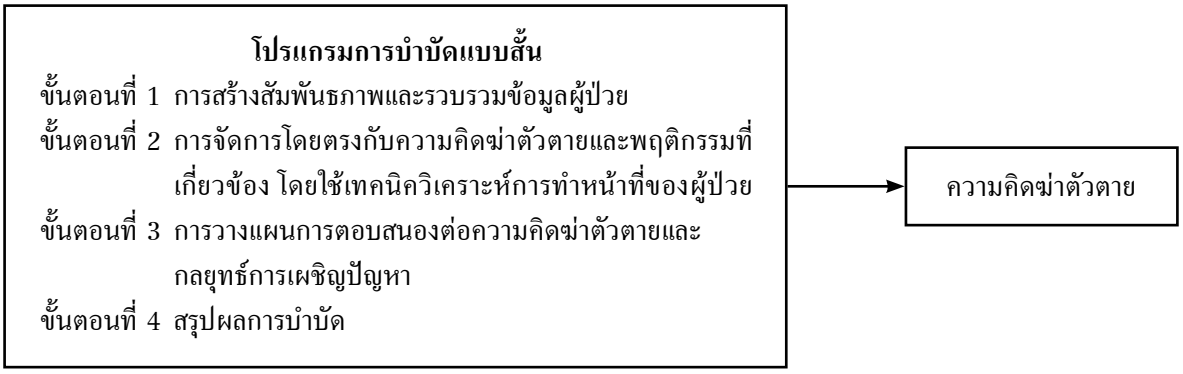
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น ตามแนวคิดของ O'Connor et al. (2015) โดยการบำบัดแบบสั้นเป็นการใช้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล นำไปสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สนับสนุนให้เกิดการยอมรับตนเอง การเข้าใจตนเอง การสร้างความหวัง เพิ่มแรงจูงใจที่จะเข้ารับการรักษาและมีชีวิตอยู่ต่อไป และนำไปสู่การเสริมสร้างความรู้ ความสามารถ ทักษะของตนเอง และการมีสัมพันธภาพที่ดีในสังคม ซึ่งปัจจัยป้องกันเหล่านี้สามารถช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้ โปรแกรมการบำบัดแบบสั้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 2) การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย 3) การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา และ 4) สรุปผลการบำบัด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (X69-X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 14 ปีขึ้นไป 2) มีความคิดฆ่าตัวตายระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) 3) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 5) อาการด้านร่างกายไม่อยู่ในภาวะวิกฤต และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอนและขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (Polit & Beck, 2004) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองในการศึกษาของ O'Connor et al. (2015) มาร่วมในการคำนวณโดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 13 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 26 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 15 คน รวมจำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ตามเพศและอายุ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ O'Connor et al. (2015) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ใช้เวลา 15 นาที เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย โดยการทักทายด้วยประโยคที่แสดงความเห็นใจ ใส่ใจกับอาการและภาวะสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ใช้เวลา

45 นาที เป็นการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม โดยค่อย ๆ เปลี่ยนจากการสนทนาที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพไปเชื่อมโยงถึงการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกลักษณะการสื่อสารส่วนบุคคล อารมณ์ ความคิด และการแสดงออกของผู้ป่วย จากนั้นค่อย ๆ เชื่อมโยงถึงพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดขึ้น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ลักษณะทางจิตสังคม และความเข้มแข็งและความอ่อนแอ โดยใช้หลักการให้คำปรึกษา เช่น การเห็นอกเห็นใจ การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การสรุปความ

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 15 นาที เป็นการประเมินการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้น และความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น โดยให้เหตุผลสั้น ๆ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการพูดคุย คือ เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย และความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นกับปัจจัยกระตุ้นนั้น ๆ

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความหมายของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ใช้เวลา 15 นาที เป็นการประเมินการรับรู้ วิเคราะห์หาเหตุผลของการฆ่าตัวตาย โดยให้เหตุผลสั้น ๆ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการพูดคุย คือ เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบสาเหตุของการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับตนเอง และดูแลให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้

กิจกรรมที่ 5 การวิเคราะห์การพัฒนาของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 15 นาที เป็นการประเมินการรับรู้พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยให้เหตุผลสั้น ๆ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการพูดคุย คือ เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และการพัฒนาแต่ละระดับไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น ความคิดฆ่าตัวตายเป็นแบบทันทีทันใดหรือแบบค่อยเป็นค่อยไป มีการวางแผนฆ่าตัวตาย การเตรียมอุปกรณ์ หรือการทำร้ายตนเองมาก่อนการพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้ และค้นหาความรู้สึกลังเลระหว่างการอยากมีชีวิตอยู่กับการอยากจบชีวิต ก่อนที่จะลงมือพยายามฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 6 การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 15 นาที เป็นการประเมินการรับรู้ เปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น โดยให้เหตุผลสั้น ๆ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการพูดคุย คือ เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ที่สูญเสียและผู้ที่ได้รับผลประโยชน์จากการพยายามฆ่าตัวตาย และให้มีการปรับเปลี่ยนมุมมอง เกิดการยอมรับตนเอง และคิดแสวงหาบุคคลที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 7 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา ใช้เวลา 60 นาที เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม มีการค้นหากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาและจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นหาแนวทางและวางแผนการปฏิบัติได้ตามแผนระยะสั้นที่วางไว้ จะทำให้มีความหวังที่จะสามารถเผชิญปัญหาได้ในระยะยาว

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 8 สรุปผลการบำบัด ใช้เวลา 60 นาที เป็นการสรุปผลการบำบัดที่ผ่านมาทุกประเด็นการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเอง เพื่อนำไปสู่การแทนที่ความคิดฆ่าตัวตายด้วยพฤติกรรมการปฏิเสธการฆ่าตัวตาย และปรับเปลี่ยนมุมมองบทบาทของตนเองต่อสังคม เพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

1.2 แบบประเมินความหวัง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่เรณุการ์ ทองคำรอด (2541) แปลและดัดแปลงจากแบบประเมินดัชนีบ่งชี้ความหวังของ Herth (the Herth Hope Index) ปี ค.ศ. 1992 จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความหวังในระดับต่ำ (12-24 คะแนน) ในระดับปานกลาง (25-37 คะแนน) และในระดับสูง (38-48 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย

สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย อาการหูแว่ว ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของตนเอง และประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และเกสร มุ้ยจีน (2558) พัฒนาขึ้นจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for Suicide Ideation [SSI]) ของ Beck et al. ปี ค.ศ. 1979 จำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่มีเลย เล็กน้อย และปานกลางถึงมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ (0-6 คะแนน) ในระดับปานกลาง (7-12 คะแนน) และในระดับสูง (13 คะแนนขึ้นไป)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น แบบประเมินความหวัง และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาล และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (3 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1, 1 และ .89 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำแบบประเมินความหวัง และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดตราด (เอกสารรับรอง เลขที่ 01/21 วันที่ 4 มกราคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลในหอผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 12 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นเป็นรายบุคคล โดยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทั้ง 8 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการวันละ 60 นาที เป็นเวลา 4 วันติดต่อกัน ที่ห้องให้คำปรึกษา กลุ่มงานจิตเวช โดยในวันที่ 1 เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย (กิจกรรมที่ 1-2) ในวันที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย (กิจกรรมที่ 3-6) ในวันที่ 3 เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา (กิจกรรมที่ 7) และในวันที่ 4 เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด (กิจกรรมที่ 8) จากนั้นให้ตอบแบบประเมินความหวัง โดยให้เวลาประมาณ 5 นาที เพื่อเป็นการประเมินการได้รับโปรแกรม หากมีความหวังในระดับปานกลางขึ้นไป ถือว่าได้รับโปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในหอผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 12 นาที

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล และการให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

7. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความคิดฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง และการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.70 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี และ 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.70 เท่ากัน ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 35.73 ปี (*SD* = 11.46) และ 35.80 ปี (*SD* = 12.16) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.30 และ 86.70 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 เท่ากัน มีอาชีพเกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 และมีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 ตามลำดับ ความเพียงพอของรายได้ คือ ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 60 และ 66.70 ตามลำดับ ไม่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย คิดเป็นร้อยละ 86.70 และ 66.70 ตามลำดับ ทั้งหมดไม่มีอาการหูแว่ว คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 73.30 และ 80 ตามลำดับ และทั้งหมดไม่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

2. ความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายเท่ากับ 18.47 (*SD* = 2.83) และ 15.13 (*SD* = 3.96) ตามลำดับ ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายเท่ากับ 6.27 (*SD* = 3.10) และ 9.20 (*SD* = 4.16) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.228$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ความคิดฆ่าตัวตาย	n	*M*	*SD*	*t*	*p*
ก่อนการทดลอง	15	18.47	2.83	14.228	< .001
หลังการทดลอง	15	6.27	3.10		

4. การเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.188$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 ส่วนการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.900$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	*M*	*SD*	*t*	*p*
กลุ่มทดลอง	15	6.27	3.10	2.188	.037
กลุ่มควบคุม	15	9.20	4.16		

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความคิดฆ่าตัวตาย	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การเปลี่ยนแปลง	*t*	*p*
	M (SD)	*M (SD)*	$\bar{d}$ *(SD)*		
กลุ่มทดลอง (n = 15)	18.47 (2.83)	6.27 (3.10)	12.20 (3.31)	5.900	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 15)	15.13 (3.96)	9.20 (4.16)	5.93 (2.43)		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ O'Connor et al. (2015) ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล โดยการบำบัดแบบสั้นนั้นเน้นการสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้แก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และเพิ่มความหวัง โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส แสดงออกถึงความจริงใจทั้งการกระทำและคำพูด ให้การยอมรับและเห็นอกเห็นใจในตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจในการพูดคุยกับผู้บำบัด และทำให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จากนั้นมีการประเมินลักษณะความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออก และพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โดยใช้หลักการให้คำปรึกษาต่าง ๆ เช่น การยอมรับในตัวผู้ป่วย การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การสรุปความ รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการยอมรับในความเป็นตัวเองและให้อภัยตัวเองจากความรู้สึกผิดจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงที่มาของพฤติกรรมของตน มีการประเมินการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้น และความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย และความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นกับปัจจัยกระตุ้นนั้น ๆ สอดคล้องกับที่ McBride, Emmons, and Lipkus (2003) กล่าวว่า การเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงจะช่วยให้มีแรงจูงใจที่จะปรับแนวคิดของตนเองหรือบทบาทในสังคมใหม่เพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไป และลดความคิดฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการวิเคราะห์หาเหตุผลของการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ซึ่งบุคคลที่มีบุคลิกภาพหวั่นไหวง่าย อารมณ์เปราะบาง จะมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไป (Hirvikoski & Jokinen, 2012) แต่หากได้รับการส่งเสริมให้ตระหนักถึงที่มาของพฤติกรรมของตน (insight) รับรู้สาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นและเหตุผลของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย จะทำให้เกิดการยอมรับในความเป็นตัวเอง ทำให้มีการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) อีกทั้งในโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นยังมีการประเมินการรับรู้พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และการพัฒนาแต่ละระดับไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตาย มีการเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนมุมมอง เกิดการยอมรับตนเอง คิดแสวงหาบุคคลที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ โดยใช้การพิจารณาชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียของการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งหากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือให้สามารถมองเห็นทางออกในการแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที ก็สามารถที่จะป้องกันการฆ่าตัวตายได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) สำหรับกิจกรรมที่สำคัญอีก

กิจกรรมหนึ่งในโปรแกรม คือ การเพิ่มแผนความปลอดภัยต่อความคิดฆ่าตัวตาย ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้จักอาการเตือน (warning signs) ของความคิดฆ่าตัวตายของตนเอง มีการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม และนำไปใช้ได้จริง มีการวิเคราะห์และค้นหาอุปสรรคในการกลับไปปฏิบัติในระยะยาว ซึ่ง Stanley and Brown (2012) ได้ศึกษาพบว่าสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความหวัง สามารถปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเองเพื่อนำไปสู่การแทนที่ความคิดฆ่าตัวตายด้วยพฤติกรรมการปฏิเสธการฆ่าตัวตาย และปรับเปลี่ยนมุมมองบทบาทของตนเองต่อสังคม เพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม และการให้ค้นหากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาและจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความเข้าใจในลักษณะของอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้น รู้จักวิธีจัดการความเครียดในรูปแบบที่หลากหลาย ได้เรียนรู้ความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองอย่างแท้จริง และเรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้อง อันเป็นการเสริมปัจจัยปกป้องในตัวบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและมีความหวังในการเผชิญปัญหาได้ในระยะยาวต่อไป (O'Connor et al., 2015) ประกอบกับเมื่อผู้ป่วยเกิดการยอมรับและให้อภัยตนเองจากความรู้สึกผิดจากการฆ่าตัวตายจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป (Chatterjee & Basu, 2010)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันความคิดฆ่าตัวตายแก่ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นการขยายผลการศึกษา เนื่องจากโปรแกรมสามารถช่วยควบคุมอารมณ์ ปรับวิธีคิด และช่วยให้มีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามประเมินความคิดฆ่าตัวตายในระยะยาว เช่น 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ หรือ 4 สัปดาห์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2555). *รายงานผลการศึกษาเชิงระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต*. สืบค้นจาก http://suicide.jvkk.go.th/menu 3.aspx

กรมสุขภาพจิต. (2559). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิสชิ่ง.

กรรณิการ์ ผ่องโต, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28*(1), 121-132.

จารุวรรณ ก้านศรี. (2555). ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารกองการพยาบาล, 39*(1), 19-31.

น้ำทิพย์ วิชาชัย, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26*(2), 99-111.

ปริยศ กิตติธีระศักดิ์. (2555). แนวโน้มและการคัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 20*(5), 468-477.

ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, และเกสร มุ้ยจีน. (2558). คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014). *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29*(1), 93-102.

มาโนช หล่อตระกูล. (2553). *การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.

เรณุการ์ ทองคำรอด. (2541). *ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. (2557). อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28*(3), 90-103.

อนุพงศ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58*(1), 3-16.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology, 44*(4), 499-505.

Chatterjee, I., & Basu, J. (2010). Perceived causes of suicide, reasons for living and suicidal ideation among students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 36*(2), 311-316.

Comtois, K. A., Jobes, D. A., S O'Connor, S., Atkins, D. C., Janis, K., E Chessen, C., … Yuodelis-Flores, C. (2011). Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): Feasibility trial for next-day appointment services. *Depression and Anxiety, 28*(11), 963-972.

Feigelman, B., & Feigelman, W. (2008). Surviving after suicide loss: The healing potential of suicide survivor support groups. *Illness, Crisis & Loss, 16*(4), 285-304.

Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington, DC: The National Academies Press.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet, 373*(9672), 1372-1381.

Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry, 182*(6), 537-542.

Hirvikoski, T., & Jokinen, J. (2012). Personality traits in attempted and completed suicide. *European Psychiatry, 27*(7), 536-541.

Huen, J. M. Y., Ip, B. Y. T., Ho, S. M. Y., & Yip, P. S. F. (2015). Hope and hopelessness: The role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicidal ideation. *PLoS One, 10*(6), 1-18.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R, J., Heard, H. L., … Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trail and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*(7), 757-766.

McBride, C. M., Emmons, K. M., & Lipkus, I. M. (2003). Understanding the potential of teachable moments: The case of smoking cessation. *Health Education Research, 18*(2), 156-170.

O'Connor, S. S., Comtois, K. A., Wang, J., Russo, J., Peterson, R., Lapping-Carr, L., & Zatzick, D. (2015). The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors. *General Hospital Psychiatry, 37*(5), 427-433.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256-264.

ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชน อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา*

Effects of Coaching on Health Behaviors and Blood Sugar Level among Uncontrolled Diabetic Persons in Community, Tha Takiap District, Chachoengsao Province*

อรุณี ส่องประเสริฐ, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) [1]
Arunee Songprasert, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) [1]
สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข) [2]
Suwanna Junprasert, Dr.P.H. (Public Health Nursing) [2]
สมสมัย รัตนกรีฑากุล, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข) [3]
Somsamai Rattanagreethakul, Dr.P.H. (Public Health Nursing) [3]

Received: April 5, 2020 Revised: May 18, 2020 Accepted: May 20, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แผนการชี้แนะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน แบบบันทึกการติดตามกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น .75 และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test และ independent *t*-test

* 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: aruneesongprasert@gmail.com

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

[2] Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

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

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 20.280, p < .001) และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.570, p < .001)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรนำกระบวนการชี้แนะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: การชี้แนะ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด เบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of coaching on health behaviors and blood sugar level among uncontrolled diabetic persons in community. The samples consisted of 60 uncontrolled type 2 diabetic persons who lived in Tha Takiap District, Chachoengsao Province and were equally divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The research instruments included the coaching plan, the handbook for health behavior, the health behavior record form, the blood glucose meter, the demographic interview form, the diabetic health behavior interview form with the reliability of .75, and the blood sugar level record form. The implementation and data collection were conducted from September to December, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, and independent t-test.

The research results revealed that the experimental group had statistically significant increased mean changing score of health behaviors more than those of the control group (t = 20.280, p < .001). Additionally, the experimental group had statistically significant decreased mean changing score of blood sugar level more than those of the control group (t = 10.570, p < .001).

This research suggests that primary health care nurses should apply this health behavior coaching process to care the uncontrolled diabetic persons in order to enhance their appropriate health behaviors and normal blood sugar level as well as to prevent diabetic complications.

Keywords: Coaching, Health behavior, Blood sugar level, Type 2 diabetes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ในปี พ.ศ. 2558 พบผู้เป็นเบาหวานทั่วโลก 415 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้เป็นเบาหวาน 642 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2588 โดยทุก ๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากเบาหวาน 1 คน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2559) สำหรับประเทศไทย เบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเช่นกัน โดยมีอัตราการป่วยของเบาหวานในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 1,032.50 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

เป้าหมายของการรักษาเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดเวลา ด้วยการใช้ยา ทั้งยาเม็ดรับประทานและยาฉีดอินซูลิน ร่วมกับ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยได้กำหนดค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ถือว่าควบคุมได้ดี คือ น้อยกว่า 126 mg/dL ซึ่งจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้เป็นเบาหวานได้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2559)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีหลายด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร โดยเฉพาะกลุ่มที่รับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก การดื่มสุรา การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ความเครียด และการไม่มาตรวจตามนัด (สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวีย์ อภิจันทรเมธากุล, นิลุบล นันตา, และจุฑามาศ สุขเกษม, 2559) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกระบบของร่างกาย ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ได้แก่ ตาบอด โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ไตวายเรื้อรัง ชาตามปลายมือปลายเท้า ซึ่งทำให้เกิดแผลที่เท้า อาจถูกตัดขาและเท้าได้ เป็นต้น (สมเกียรติ โพธิสัตย์, วรรณี นิธิยานันท์, ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์, และอัมพา สุทธิจำรูญ, 2554) กลวิธีสำคัญที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมที่เป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ คือ การชี้แนะ (coaching) ตามแนวคิดของ Haas (1992) และ Spross (2009) ซึ่งเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล มีการประสานความร่วมมือกัน และมีลักษณะเป็นองค์รวม เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้บุคคลสำรวจ ค้นหาปัญหาและความต้องการของตัวเอง มีการพัฒนา ปรับปรุง และเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ จนสามารถประสบความสำเร็จ บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการได้

จากข้อมูลของอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยเบาหวานในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 เท่ากับ 1,861.36, 2,114.97 และ 2,668.58 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2560) ซึ่งมีอัตราการป่วยสูงกว่าสถิติของประเทศไทย และจากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านหนองปรือกันยาง และ รพ.สต. หมู่ 4 ท่าตะเกียบ ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า มีผู้เป็นเบาหวาน อายุ 30-59 ปี มาขึ้นทะเบียนรับบริการรักษา รวมจำนวน 257 คน 261 คน และ 273 คน คิดเป็นอัตราการป่วย 2,419.73, 2,450.01 และ 2,537.65 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (FBS 126 mg/dL ขึ้นไป) รวมจำนวน 188 คน 196 คน และ 210 คน คิดเป็นร้อยละ 73.19, 75.09 และ 76.92 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา, 2560) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการให้ความรู้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านแล้วก็ตาม ซึ่งสาเหตุสำคัญมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ รับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก ขาดการออกกำลังกาย และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จึงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้เป็นเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการชี้แนะเป็นรายบุคคลในชุมชนยังมีค่อนข้างน้อย เช่น การศึกษาที่ใช้กระบวนการชี้แนะกับผู้ดูแลในการดูแลเท้าผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า ผู้ดูแลตระหนักและเห็นความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวาน (กมลพร ตะกรุดแจ่ม, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, และสมสมัย รัตนกรีฑากุล, 2557)

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการชี้แนะของ Haas (1992) และ Spross (2009) มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ และการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) การปฏิบัติตามแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) การประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนแนวทาง โดยมีผู้ชี้แนะเป็นผู้ให้คำแนะนำ ฝึกทักษะ ร่วมกับการช่วยเหลือ สนับสนุน ค้นหาแนวทาง และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา อุปสรรคให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง และสร้างความมุ่งมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้เป็นเบาหวานให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ และใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชน เพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

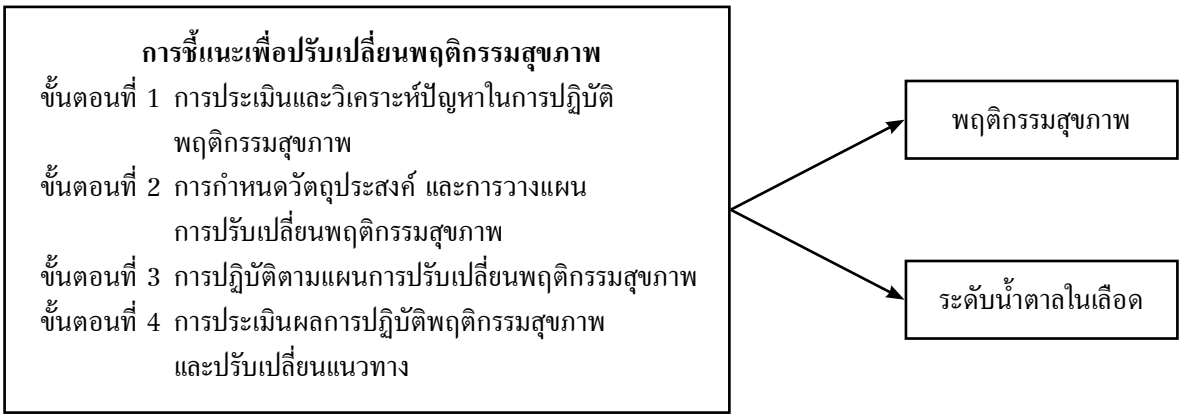
สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดเกี่ยวกับการชี้แนะของ Haas (1992) และ Spross (2009) มาเป็นกลวิธีในการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยผู้เป็นเบาหวานประเมินปัญหาและความต้องการของตัวเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่ชี้แนะและสนับสนุนให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการชี้แนะประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ และการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) การปฏิบัติตามแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) การประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนแนวทาง โดยครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการดูแลเท้า และด้านการใช้ยารักษาโรค ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (มีระดับน้ำตาลในเลือด 126 mg/dL ขึ้นไป) ที่อาศัยอยู่ในอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา และมารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุอยู่ในช่วง 30-59 ปี 2) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน มีการรับรู้ดี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ บันทึกและให้ข้อมูลด้วยตัวเองได้ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนทางตาและแผลเรื้อรังที่เท้า 5) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีการตั้งครรภ์ 2) เข้าร่วมการวิจัยน้อยกว่า 3 กิจกรรม 3) มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องปรับขนาดยาเพิ่ม หรือเปลี่ยนเป็นยาฉีดอินซูลิน และ 4) ขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างจากการคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาของจำเนียร พรประยุทธ, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, และสมสมัย รัตนกรีฑากุล (2560) ได้ค่าเท่ากับ 11.86 นำมาเปิดตารางขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (Polit & Hungler, 1999) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 50 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน โดย

เลือกพื้นที่ศึกษาเป็นตำบลท่าตะเกียบ แล้วเลือก รพ.สต. 2 แห่ง (จากจำนวน 4 แห่ง) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ได้ รพ.สต.บ้านหนองปรือกันยาง และ รพ.สต.หมู่ 4 ท่าตะเกียบ ซึ่งประชากรมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ของ รพ.สต.แต่ละแห่ง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากจากทะเบียนรายชื่อผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวนแห่งละ 30 คน แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ได้ รพ.สต.บ้านหนองปรือกันยาง เป็นกลุ่มทดลอง และ รพ.สต.หมู่ 4 ท่าตะเกียบ เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 แผนการชี้แนะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการชี้แนะของ Haas (1992) และ Spross (2009) ได้แก่ การชี้แนะ การช่วยเหลือ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการฝึกทักษะพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม โดยผู้เป็นเบาหวานมีส่วนร่วมในการออกแบบพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ และการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) การปฏิบัติตามแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) การประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนแนวทาง โดยจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพสู่การปฏิบัติ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ กระตุ้นให้ค้นหาปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ให้สะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร่วมในการรวบรวมและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามแผนที่วางไว้ โดยผู้วิจัยสังเกต ให้คำแนะนำ เสริมแรง ให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก และบอกสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติด้วยตัวเองที่บ้าน พร้อมบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการติดตามกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 ชี้แนะใกล้บ้านใกล้ใจ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยร่วมประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หากยังไม่บรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยเริ่มกระบวนการชี้แนะอีกครั้ง กระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ สาธิตการฝึกปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน และให้สาธิตย้อนกลับ โดยผู้วิจัยสังเกต ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก และบอกสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งสร้างความมั่นใจและเสริมแรงในการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน พร้อมบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการติดตามกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 3 การติดตามการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติที่มีความเฉพาะเจาะจงและสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน และให้บันทึกสิ่งที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย รวมทั้งสร้างความมั่นใจและเสริมแรงในการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน พร้อมบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการติดตามกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 4 การติดตามการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 20 นาที โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้กำลังใจ เสริมแรงในการปฏิบัติ ประเมินผลการปฏิบัติ และปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุภาพให้เหมาะสมในแต่ละด้าน พร้อมบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการติดตามกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 5 การประเมินปัญหาและประเมินผลการปฏิบัติ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้แต่ละคนแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน และทำสัญญาใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

1.2 คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับใช้ประกอบการชี้แนะ และให้กลุ่มทดลองใช้ทบทวนในช่วงการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการดูแลเท้า และด้านการใช้ยารักษาโรค

1.3 แบบบันทึกการติดตามกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้กลุ่มทดลองบันทึก

การปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน สัปดาห์ละ 5 วัน เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.4 เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบพกพา (blood glucose meter) ยี่ห้อ Accu-Chek Performa โดยผู้วิจัยทดสอบคุณภาพของเครื่องตรวจด้วยตัวเอง เดือนละ 1 ครั้ง และส่งข้อมูลที่ทดสอบได้ให้นักเทคนิคการแพทย์ของโรงพยาบาลท่าตะเกียบ วิเคราะห์ผลตามหลักวิชาการ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัวอื่นๆ และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 18 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 4 ข้อ ด้านการดูแลเท้า จำนวน 8 ข้อ และด้านการใช้ยารักษาโรค จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 41 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ปฏิบัติเลย (1-1.50 คะแนน) ในระดับปฏิบัติน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง (2.51-3.50 คะแนน) และในระดับปฏิบัติประจำ (3.51-4 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้ผู้ช่วยผู้วิจัยใช้บันทึกระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแผนการชี้แนะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน แบบบันทึกการติดตามกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล (2 คน) และอาจารย์พยาบาล (2 คน) หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพฯ ได้ค่าเท่ากับ .93 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพฯ ไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการที่ รพ.สต.บ้านหนองขาหยั่ง และ รพ.สต.บ้านธรรมรัตน์ใน ตำบลคลองตะเกรา อำเภอท่าตะเกียบ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 03-06-2560 วันที่ 20 กรกฎาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอท่าตะเกียบ เข้าพบผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านหนองปรือกันยาง และผู้อำนวยการ รพ.สต.หมู่ 4 ท่าตะเกียบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้เป็นเบาหวานอย่างน้อย 2 ปี รพ.สต.ละ 1 คน รวมจำนวน 2 คน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองในแต่ละแห่ง โดยผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเข้าใจ

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วนของ รพ.สต.แต่ละแห่ง แนะนำตัวและดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

4. ผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลที่ รพ.สต.แต่ละแห่ง ให้ตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยให้เวลา 12-14 นาที จากนั้นเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (หลังงดน้ำ

และอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) ก่อนการทดลอง (pre-test) และบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดในสมุดประจำตัวผู้ป่วยเรื้อรัง จังหวัดฉะเชิงเทรา

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการชี้แนะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยนำคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน มาประกอบในการชี้แนะและมอบให้กลุ่มทดลองแต่ละคน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทั้ง 5 กิจกรรม โดยในสัปดาห์ที่ 1 เข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพสู่การปฏิบัติ ในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วนของ รพ.สต. ในสัปดาห์ที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรมที่ 2 ชี้แนะใกล้บ้านใกล้ใจ ที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 3 เข้าร่วมกิจกรรมที่ 3 การติดตามการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 4 เข้าร่วมกิจกรรมที่ 4 การติดตามการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2 ในช่วงสัปดาห์ที่ 5-8 ให้ปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตัวเองที่บ้าน โดยสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยได้หากมีข้อสงสัย และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการติดตามกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และในสัปดาห์ที่ 8 เข้าร่วมกิจกรรมที่ 5 การประเมินปัญหาและประเมินผลการปฏิบัติ ในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วนของ รพ.สต.

6. ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-8 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการบริการสุขภาพจากแพทย์ พยาบาลในคลินิก และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้บริการผู้เป็นเบาหวาน ตามนัดทุกครั้ง ซึ่งประกอบด้วย การตรวจร่างกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า การให้คำแนะนำหรือการปรึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการดูแลเท้า และด้านการใช้ยารักษาโรค ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

7. ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ให้ตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยให้เวลา 12 นาที จากนั้นเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (หลังงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) หลังการทดลอง (post-test) และบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดในสมุดประจำตัวผู้ป่วยเรื้อรัง จังหวัดฉะเชิงเทรา

8. ผู้ช่วยผู้วิจัยบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ในแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานฯ โดยดูจากสมุดประจำตัวผู้ป่วยเรื้อรัง จังหวัดฉะเชิงเทรา จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานฯ (ก่อนและหลังการทดลอง) และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานฯ (ก่อนและหลังการทดลอง) ใส่ซองปิดผนึก และส่งให้ผู้วิจัย

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องเพศ และอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องอาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัวอื่น ๆ และระยะเวลาการเป็นเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.70 และ 66.70 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.30 และ 66.70 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 88.30 และ 56.70 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 100 และ 86.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.30 และ 83.30 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 53.30 และ 83.30 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 1-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 และ 80 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า อาชีพ และโรคประจำตัวอื่น ๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับปฏิบัติน้อย ($M = 2.35, SD = .13$) และในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ($M = 2.58, SD = .18$) ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ($M = 3.35$, $SD = .17$ และ $M = 2.60$, $SD = .13$ ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ก่อนการทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยารักษาโรค สูงสุด (M = 3.47, SD = .38) รองลงมา คือ ด้านการจัดการความเครียด (M = 2.60, SD = .32) และที่ต่ำสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย (M = 2, SD = .04) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยารักษาโรค สูงสุด (M = 3.48, SD = .32) รองลงมา คือ ด้านการจัดการความเครียด (M = 2.63, SD = .36) และที่ต่ำสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย (M = 1.99, SD = .10) และพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยารักษาโรค สูงสุด (M = 3.92, SD = .22) รองลงมา คือ ด้านการจัดการความเครียด (M = 3.57, SD = .33) และที่ต่ำสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย (M = 2.89, SD = .51) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยารักษาโรค สูงสุด (M = 3.52, SD = .35) รองลงมา คือ ด้านการดูแลเท้า (M = 3.46, SD = .17) และที่ต่ำสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย (M = 2.02, SD = .15) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ด้านการรับประทานอาหาร	2.23	.18	ปฏิบัติน้อย	3.36	.20	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ด้านการออกกำลังกาย	2.00	.04	ปฏิบัติน้อย	2.89	.51	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ด้านการจัดการความเครียด	2.60	.32	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3.57	.33	ปฏิบัติประจำ
ด้านการดูแลเท้า	2.21	.26	ปฏิบัติน้อย	3.21	.21	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ด้านการใช้ยารักษาโรค	3.47	.38	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3.92	.22	ปฏิบัติประจำ
โดยรวม	2.35	.13	ปฏิบัติน้อย	3.35	.17	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ด้านการรับประทานอาหาร	2.62	.27	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2.49	.20	ปฏิบัติน้อย
ด้านการออกกำลังกาย	1.99	.10	ปฏิบัติน้อย	2.02	.15	ปฏิบัติน้อย
ด้านการจัดการความเครียด	2.63	.36	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3.06	.40	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ด้านการดูแลเท้า	2.46	.30	ปฏิบัติน้อย	3.46	.17	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ด้านการใช้ยารักษาโรค	3.48	.32	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3.52	.35	ปฏิบัติประจำ
โดยรวม	2.58	.18	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2.60	.13	ปฏิบัติบ่อยครั้ง

3. การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 20.280, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การเปลี่ยนแปลง	*t*	*p*
	M (SD)	*M (SD)*	$\bar{d}$ *(SD)*		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	2.35 (.13)	3.35 (.17)	1.00 (.18)	20.280	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	2.58 (.18)	2.60 (.13)	.02 (.19)		

4. การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.570, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การเปลี่ยนแปลง	*t*	*p*
	M (SD)	*M (SD)*	$\bar{d}$ *(SD)*		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	169.50 (16.87)	127.07 (10.21)	42.43 (17.82)	10.570	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	159.37 (9.27)	155.13 (8.98)	4.24 (8.60)		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการชี้แนะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกระบวนการชี้แนะที่นำมาใช้เป็นกลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้รายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นเตือน และแนะนำตามหลักการ คอยช่วยเหลือ ประเมินและวิเคราะห์ปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนร่วมกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การปรุงอาหารหรือการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการของแต่ละบุคคลโดยอิงอาหารประจำถิ่น สาธิตการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การจัดการยาเพื่อรับประทาน และมอบคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวานไว้ทบทวนเมื่อสงสัย และมอบแบบบันทึกการติดตามกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน มีการติดตามชี้แนะที่บ้าน และชี้แนะทางโทรศัพท์เมื่อมีข้อสงสัย ผู้วิจัยคอยแนะแนวทางเพิ่มเติม สร้างแรงจูงใจเสริมแรง สะท้อนคิด และให้ข้อมูลย้อนกลับในส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซึ่งได้มาจากการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตัวเองได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Haas (1992) และ Spross (2009) ที่กล่าวว่า การชี้แนะเป็นการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะของบุคคล เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดยมีผู้ชี้แนะเป็นผู้ให้การช่วยเหลืออันเป็นสมรรถนะหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจำเนียร พรประยุทธ และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการชี้แนะต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการชี้แนะมีค่าเฉลี่ย

ผลต่างคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้น และมีค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำตาลสะสมลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการชี้แนะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการใช้กระบวนการชี้แนะเป็นกลวิธีการดูแลที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยชี้แนะให้ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารที่หลากหลายตามหลักโภชนาการ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งจะช่วยให้เซลล์ในร่างกายมีความไวต่ออินซูลิน และช่วยให้ glucose transporters มาที่เซลล์ผิว ทำให้น้ำตาลเข้าไปในเซลล์ได้ง่ายขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ส่วนด้านการจัดการความเครียด กลุ่มทดลองยอมรับความจริงในการเป็นเบาหวาน มีการเอาใจใส่ดูแลตัวเองเป็นอย่างดี สำหรับด้านการใช้ยารักษาโรค กลุ่มทดลองมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการรับประทานยารักษาโรคตามคำสั่งแพทย์ มีการรับประทานยาตรงเวลาตามกลไกการออกฤทธิ์ของยากระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ได้แก่ glibenclamide หรือยาที่เพิ่มความไวของเนื้อเยื่อต่ออินซูลิน ได้แก่ metformin ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีการวางแผนและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้จริง และมีการยืดหยุ่นหรือปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้เหมาะสม ทำให้บรรลุเป้าหมายหลัก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 80-130 mg/dL (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) หรือใกล้เคียงระดับปกติมากที่สุด ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wolever et al. (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบูรณาการการชี้แนะสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด 7% ขึ้นไป พบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงภายหลังได้รับการชี้แนะ และสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยกร ลักษณะเลขา, สมสมัย รัตนกรีฑากุล, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2560) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ฉีดอินซูลิน พบว่า ผู้เป็นเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการชี้แนะมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรนำกระบวนการชี้แนะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความซับซ้อนในการจัดการปัญหาสุขภาพ ไม่สามารถให้ความรู้หรือการดูแลตามปกติได้ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง เพื่อขยายผลการศึกษาให้กว้างยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามประเมินพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการชี้แนะ

เอกสารอ้างอิง

กมลพร ตะกรุดแจ่ม, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, และสมสมัย รัตนกรีฑากุล. (2557). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสอนงานผู้ดูแลในการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มีข้อจำกัดในการมองเห็น. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 2 เรื่อง การพัฒนาองค์ความรู้เชิงบูรณาการสู่ประชาคมอาเซียน* (น. 322-323). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

กัลยกร ลักษณะเลขา, สมสมัย รัตนกรีฑากุล, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2560). ผลของการชี้แนะต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ฉีดอินซูลิน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29*(1), 67-80.

จำเนียร พรประยุทธ, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, และสมสมัย รัตนกรีฑากุล. (2560). ผลของโปรแกรมการชี้แนะต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25*(4), 60-69.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2559). *สถิติเบาหวานทั่วโลก*. สืบค้นจาก http://www.dmthai.org/statistic/397

สมเกียรติ โพธิสัตย์, วรรณี นิธิยานันท์, ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์, และอัมพา สุทธิจำรูญ. (2554). *การให้ความรู้เพื่อการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง*. นนทบุรี: นิวธรรมดาการพิมพ์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2560). *ข้อมูลเพื่อตอบสนองสาขา Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ*. สืบค้นจาก https://cco.hdc.moph.go.th

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา. (2560). *สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ ประจำปี 2560*. ฉะเชิงเทรา: ผู้แต่ง.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวีย์ อภิจันทรเมธากุล, นิลุบล นันตา, และจุฑามาศ สุขเกษม. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28*(2), 93-103.

Haas, S. A. (1992). Coaching: Developing key players. *The Journal of Nursing Administration, 22*(6), 54-58.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Spross, J. A. (2009). Expert coaching and guidance. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced nursing practice: An integrative approach* (pp. 159-190). St. Louis: Saunders Elsevier.

Wolever, R. Q., Dreusicke, M., Fikkan, J., Hawkins, T. V., Yeung, S., Wakefield, J., … Skinner, E. (2010). Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes: A randomized clinical trial. *The Diabetes Educator, 36*(4), 629-639.

สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก*

Transcultural Nursing Competency among Professional Nurses in Bangkok Hospital, Eastern Region*

นราตรี อภิชัยเจริญ, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) [1]
Naratree Apichaijaroen, M.N.S. (Nursing Administration) [1]
อารีรัตน์ ขำอยู่, D.S.N. (Nursing Administration) [2]
Areerut Khumyu, D.S.N. (Nursing Administration) [2]
วรรณี เดียวอิศเรศ, Ph.D. (Nursing) [3]
Wannee Deoisres, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: April 9, 2020 Revised: May 12, 2020 Accepted: May 17, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน และทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก จำนวน 292 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีค่าความเชื่อมั่น .92 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน one-way ANOVA และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.61$, $SD = .40$) 2) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมไม่แตกต่างกัน และ 3) พยาบาลวิชาชีพที่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.584$, $p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม

คำสำคัญ: สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: naratree.ac@hotmail.com

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

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

[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

[3] Associate Professor, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University: Co-advisor

Abstract

This descriptive comparative research aimed to describe the transcultural nursing competency and to compare the transcultural nursing competency in terms of work experience and attitude toward taking care of culturally diverse clients among professional nurses. The samples consisted of 292 professional nurses working in Bangkok Hospitals, eastern region. The research instruments included the demographic questionnaire, the attitude toward taking care of culturally diverse clients questionnaire with the reliability of .92, and the transcultural nursing competency assessment form with the reliability of .92. Data were collected from March to April, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, one-way ANOVA, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) the overall mean score of transcultural nursing competency of professional nurses was at a high level (M = 3.61, SD = .40); 2) professional nurses with different work experiences had no different mean scores of transcultural nursing competency; and 3) professional nurses with different attitudes toward taking care of culturally diverse clients had statistically significant different mean scores of transcultural nursing competency (t = 13.584, p < .001).

This research suggests that nursing administrators should promote transcultural nursing competency as well as enhance attitude toward taking care of culturally diverse clients among professional nurses.

Keywords: Transcultural nursing competency, Professional nurse, Bangkok Hospitals, eastern region

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีผู้รับบริการสุขภาพชาวต่างชาติจากประเทศต่าง ๆ มากกว่า 100 ประเทศ จากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ประการแรก คือ การมีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) และมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมาจนถึงรัฐบาลยุคปัจจุบัน ทำให้ผู้รับบริการชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยมีผู้รับบริการชาวต่างชาติมารับบริการในปี พ.ศ. 2556 รวม 1.40 ล้านครั้ง ซึ่งเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 22 เมื่อเทียบกับช่วง 2 ปีก่อนหน้า (กรมส่งเสริมการส่งออก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556) และประการที่ 2 คือ นโยบายประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community [AEC]) พ.ศ. 2558 ทำให้องค์กรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงาน เพื่อรองรับการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

วิชาชีพการพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับนโยบายประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยเป็นวิชาชีพที่ได้รับผลกระทบด้านต่าง ๆ เช่น มีผู้รับบริการชาวต่างชาติเพิ่มมากขึ้น มีผู้ร่วมวิชาชีพต่างชาติเพิ่มมากขึ้น ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงไป ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงไป สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อสามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการชาวต่างชาติที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและทันต่อความต้องการที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่มีโอกาสใกล้ชิดผู้รับบริการมากที่สุด ต้องมีการสื่อสารและให้การดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการดูแลผู้รับบริการที่ต่างเชื้อชาติ ต่างภาษา และต่างวัฒนธรรมนั้น ย่อมแตกต่างจากการดูแลผู้รับบริการชาวไทย ด้วยเหตุนี้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการชาวต่างชาติ (“องค์ความรู้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน,” 2556)

Leininger (2001) กล่าวว่า พยาบาลพบกับปัญหาความหลากหลายของจริยธรรม ศีลธรรม จิตวิญญาณ การเมืองและกฎหมาย พร้อมกับมีการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพและความปลอดภัยของชีวิตเพิ่มขึ้น พยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงประเด็นการจัดการพยาบาลต่างวัฒนธรรม ซึ่งความหลากหลายทางวัฒนธรรมอาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาจากการให้บริการ เช่น ปัญหาการสื่อสาร การสัมผัส สีหน้า อารมณ์ ปัญหาด้านเวลา

การปรับตัวเรื่องการพักผ่อน ปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จากปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อการให้บริการทางการพยาบาลทั้งสิ้น จากการศึกษาของกรรณิกา เรืองเดช (2554) พบว่า การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม การขาดความเข้าใจในวัฒนธรรมจะส่งผลเสียต่อการเข้าถึงและประสิทธิภาพทางการรักษาพยาบาล ส่วนประณีต ส่งวัฒนา (2552) กล่าวว่า หากพยาบาลมีความเข้าใจในวัฒนธรรมที่แตกต่างของผู้รับบริการ จะทำให้เกิดผลทางบวกมากมาย ทั้งในลักษณะการอยู่ร่วมกัน และการให้บริการสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์ ที่ตอบสนองความต้องการหรือสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม อย่างเสมอภาค เท่าเทียม รวมทั้งสร้างความเข้าใจผู้อื่นและเข้าใจตนเองมากขึ้น จึงทำให้พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะบางประการ เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลในบริบทที่ผู้รับบริการมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะทางวัฒนธรรม คือ การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นความแตกต่างของวัฒนธรรมที่แสดงออกถึงการให้เกียรติและการยอมรับในความเชื่อ ลักษณะสัมพันธภาพ ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้รับบริการและครอบครัวผู้รับบริการ Campinha-Bacote (2002) กล่าวว่า พยาบาลจำเป็นต้องประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ และทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลเพื่อให้การดูแลและการบริการที่เหมาะสมกับลักษณะทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม เพื่อให้บรรลุผลของการให้บริการด้านสุขภาพและนำไปสู่การลดช่องว่างระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ Leininger (2001) เชื่อว่า การมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานในการดูแลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาล จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการตัดสินใจและการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวม สมรรถนะทางวัฒนธรรมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของพยาบาลในการทำความเข้าใจความหลากหลายของผู้รับบริการ ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรในการวางแผนพัฒนาบุคลากร รวมทั้งเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประสบการณ์การทำงานและทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม มีผลต่อสมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคคล โดย McCormick and Ilgen (1985) กล่าวว่า ปัจจัยของบุคคลที่มีผลต่อสมรรถนะของบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน จากการศึกษาของยุพิน สุขเจริญ และขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2558) พบว่า การปฏิบัติงานตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามอายุและประสบการณ์การทำงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของกรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และปัจฉัย ดำทิพย์ (2560) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของหทัยรัตน์ ชลเจริญ (2559) พบว่า ประสบการณ์การปฏิบัติงานมีผลต่อสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้รับบริการมุสลิม ดังนั้น ประสบการณ์การทำงานจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรม ส่วนทัศนคติเป็นแรงจูงใจหรือแรงขับภายในที่ทำให้บุคคลมุ่งไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่จะทำให้มุ่งไปสู่เป้าหมายหรือมุ่งไปสู่ความสำเร็จ (McClelland, 1973) จากการศึกษาของสมใจ วินิจกุล และสุวรรณา เหรียญสุวงษ์ (2557) พบว่า ทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของหทัยรัตน์ ชลเจริญ (2559) พบว่า ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างมีผลต่อสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้รับบริการมุสลิม ดังนั้น ทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรม

โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก เป็นโรงพยาบาลเอกชน การให้บริการต้องเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทุกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มาจากต่างถิ่นฐาน ไม่ว่าจะมาจากภาคใดของประเทศไทยหรือมาจากประเทศต่างๆ จำเป็นต้องให้บริการเชิงรุกเพื่อความประทับใจ สร้างความแตกต่างในการให้บริการ โดยมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ประกอบกับทิศทางของโรงพยาบาลมีเป้าหมายในการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติ จึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้รับบริการชาวต่างชาติ ซึ่งก่อนการเตรียมความพร้อมจำเป็นต้องทราบสถานการณ์ที่เป็นอยู่ก่อน และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับปานกลาง (จุฑามาศ เอี่ยมวุฒิวัฒนา และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, 2560; หทัยรัตน์ ชลเจริญ, 2559) รวมทั้งยังไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในโรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก ตามแนวคิดของ Campinha-Bacote (1999) เพื่อนำผลการวิจัย

ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม สามารถดูแลผู้รับบริการได้สอดคล้องกับความต้องการและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ อันจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ องค์การและวิชาชีพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก

2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก ที่มีประสบการณ์การทำงาน และทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม แตกต่างกัน

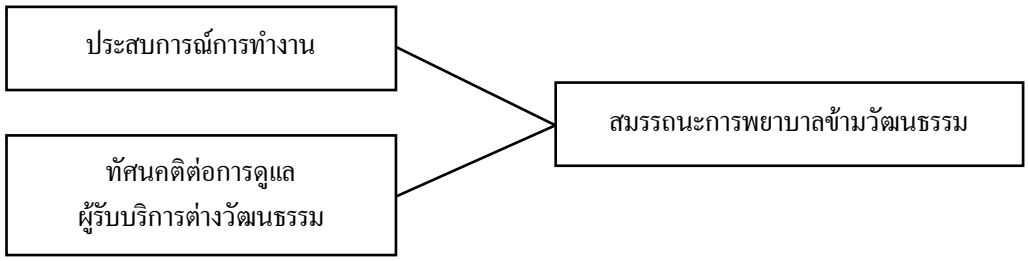
สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก ที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแตกต่างกัน

2. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก ที่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมแตกต่างกัน มีสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมตามแนวคิดของ Campinha-Bacote (1999) โดยสมรรถนะทางวัฒนธรรมประกอบด้วยแนวคิดหลัก 5 ประการ ได้แก่ 1) การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural awareness) คือ กระบวนการรู้คิดของพยาบาลที่เห็นความสำคัญของการให้คุณค่าความเชื่อ วิถีชีวิต พฤติกรรม และวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม 2) การมีองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural knowledge) คือ กระบวนการได้มาซึ่งความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับวิสัยทัศน์ของบุคคลที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม 3) การมีทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural skill) คือ ความรู้ความสามารถของพยาบาลในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติและปัญหาของผู้รับบริการตามลักษณะพื้นฐานทางวัฒนธรรม 4) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริกาต่างวัฒนธรรม (cultural encounter) คือ กระบวนการที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม และ 5) การมีความปรารถนาในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural desire) คือ แรงจูงใจที่ทำให้พยาบาลต้องการเข้าสู่กระบวนการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคล คือ ประสบการณ์การทำงาน ดังที่ McCormick and Ilgen (1985) กล่าวว่า สมรรถนะของบุคคลเป็นผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ส่วน McClelland (1973) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นแรงจูงใจหรือแรงขับภายในที่ทำให้แสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่เป้าหมาย ดังนั้นสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลจึงแตกต่างกันตามประสบการณ์การทำงานและทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (descriptive comparative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลกรุงเทพตราด โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี โรงพยาบาล

กรุงเทพระยอง และโรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา ณ เดือนธันวาคม 2560 รวมจำนวน 820 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง (direct nursing care) 2) มีประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก 1 ปีขึ้นไป และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างจากตารางขนาดตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 265 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 292 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกโรงพยาบาล 2 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ได้โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรีและโรงพยาบาลกรุงเทพระยอง จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาล สถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก ประสบการณ์ในการให้บริการผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม และความสามารถด้านภาษาต่างประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ McClelland (1973) จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติในระดับดีน้อยหรือไม่ดี (1-2.49 คะแนน) ในระดับดีปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) และในระดับดีมาก (3.50-5 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Campinha-Bacote (1999) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม จำนวน 7 ข้อ ด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม จำนวน 6 ข้อ ด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม จำนวน 7 ข้อ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม จำนวน 3 ข้อ และด้านความปรารถนาในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรม จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 29 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีสมรรถนะในระดับน้อยที่สุด (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)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม และแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัย (3 คน) และพยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92 และ .87 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพตราด ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .92 เท่ากัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 10-02-2561 วันที่ 19 มีนาคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพระยอง เข้าพบผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยส่งแบบสอบถามและแบบประเมิน พร้อมเอกสารชี้แจง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และเอกสารแสดงความยินยอม ให้แก่ผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อมอบให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบ 3 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามและแบบประเมินจากผู้บริหารทางการพยาบาล ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-way ANOVA โดยแบ่งประสบการณ์การทำงานออกเป็น 4 ช่วง ได้แก่ 1-3 ปี 4-5 ปี 6-7 ปี และ 8 ปีขึ้นไป เนื่องจากสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ ส่วนการเปรียบเทียบสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมแตกต่างกัน วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ 2 ระดับ คือ ระดับดีปานกลาง และระดับดีมาก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.20 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 31.30 ปี (*SD* = 6.04) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 97.60 มีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาล 8 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.70 โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย 8.03 ปี (*SD* = 5.96) สถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน คือ แผนกผู้ป่วยใน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.30 มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออกอยู่ในช่วง 1-3 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.20 โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย 5.49 ปี (*SD* = 4.80) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม คิดเป็นร้อยละ 91.10 โดยมีประสบการณ์นาน ๆ ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.40 และความสามารถด้านภาษาต่างประเทศ คือ ส่วนใหญ่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษได้ คิดเป็นร้อยละ 90.10 โดยมีความสามารถในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 75.70

2. สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมโดยรวมในระดับมาก (*M* = 3.61, *SD* = .40) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยด้านความปรารถนาในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรม สูงสุด (*M* = 3.96, *SD* = .59) รองลงมา คือ ด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (*M* = 3.93, *SD* = .48) และที่ต่ำสุด คือ ด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (*M* = 3.16, *SD* = .48) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 292)

สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	*M*	*SD*	ระดับ
ด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม	3.93	.48	มาก
ด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม	3.16	.48	ปานกลาง
ด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม	3.37	.47	ปานกลาง
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม	3.66	.58	มาก
ด้านความปรารถนาในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรม	3.96	.59	มาก
โดยรวม	3.61	.40	มาก

3. การเปรียบเทียบสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน (n = 292)

ประสบการณ์การทำงาน	n	*M*	*SD*	F	*p*
1-3 ปี	78	3.64	.41	.601	.615
4-5 ปี	45	3.67	.39		
6-7 ปี	53	3.62	.37		
8 ปีขึ้นไป	116	3.58	.44		

4. การเปรียบเทียบสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมแตกต่างกัน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 13.584, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมแตกต่างกัน (n = 292)

ทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม	n	*M*	*SD*	*t*	*p*
ระดับดีปานกลาง	64	3.20	.25	13.584	< .001
ระดับดีมาก	228	3.74	.37		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม (ร้อยละ 91.10) สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิรโรจน์ (2558) ที่ศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของอาจารย์และนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 สูงกว่าชั้นปีที่ 3 เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ทั้งหมดมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, ดาริน โต๊ะกานิ, และมุสลินท์ โต๊ะกานิ (2552) ที่ศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมแตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมด้านความปรารถนาในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรม สูงสุด แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีความปรารถนาที่จะให้บริการด้วยความจริงใจ มีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้บริการผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม รวมทั้งเชื่อว่าจะสามารถพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้อย่างแน่นอน เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมได้ตรงตามความต้องการสอดคล้องกับแนวคิดของ McClelland (1973) ที่ว่า ความปรารถนาเป็นแรงผลักดันให้เกิดความต้องการของมนุษย์ ให้สามารถทำทุกสิ่งอย่างเต็มความสามารถและดีที่สุด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ เอี่ยมวุฒิวัฒนา และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ (2560) ที่ศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

แผนกสูติกรรม ในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก ที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากโครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก มีแผนกบริการต่างประเทศ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการสื่อสารและประสานงาน รวมทั้งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการชาวต่างชาติ จึงอาจส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมในแนวทางเดียวกับผู้รับบริการชาวไทย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริญญ์ รุ่งหิรัญ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ เอี่ยมวุฒิวัฒนา และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ (2560) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในช่วง 5-7 ปี มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในช่วงอื่น ๆ

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก ที่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ทัศนคติเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะส่งผลให้พยาบาลแสดงออกถึงพฤติกรรมในการบริการทางการพยาบาล โดยทัศนคติเป็นความรู้สึก ความเชื่อ และการแสดงออกซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้รับ ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก ผู้บริหารได้ให้ความสำคัญในการเป็นแบบอย่างที่ดี มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพได้รับรู้และมีการแสดงออกที่ดี ปฏิบัติการพยาบาลด้วยจิตใจที่มีเมตตา ให้เกียรติ ยอมรับ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ McClelland (1973) ที่ว่า ทัศนคติเป็นแรงจูงใจหรือแรงขับภายในที่จะทำให้บุคคลมุ่งไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ วินิจกุล, และสุวรรณา เหรียญสุวงษ์ (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลของบัณฑิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ พบว่า ทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล และสามารถทำนายสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมและด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม โดยกำหนดเป็นหลักสูตรในการปฐมนิเทศและเป็นหลักสูตรภาคบังคับสำหรับพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งมีการประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมทุกปี

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การศึกษาดูงาน การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ การสร้างบรรยากาศในช่วงวันอาเซียน อันจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการจัดทำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยเน้นกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม

เอกสารอ้างอิง

กรมส่งเสริมการส่งออก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). *ภาพรวมการค้าบริการสุขภาพของไทย*. สืบค้นจาก http://www.dtn.go.th/filesupload/files/serviceandinvestment/helth_sec .pdf

กรรณิกา เรืองเดช. (2554). *การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.

กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และปัจมัย ดำทิพย์. (2560). สมรรถนะพยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26*(3), 52-65.

จุฑามาศ เอี่ยมวุฒิวัฒนา, และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2560). สมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพแผนกสูติกรรมในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4*(3), 14-28.

ประณีต ส่งวัฒนา. (2552). *การพัฒนาหลักสูตรเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล* (รายงานผลการวิจัย). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ยุพิน สุขเจริญ, และขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 2*(2), 14-26.

ศิริญญ์ รุ่งหิรัญ. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย.

ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, ดาริน โต๊ะกานิ, และมุสลินท์ โต๊ะกานิ. (2552). สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 1*(1), 42-52.

สมใจ วินิจกุล, และสุวรรณา เหรียญสุวงษ์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลของบัณฑิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์. *วารสารเกื้อการุณย์, 21*(2), 113-125.

หทัยรัตน์ ชลเจริญ. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้รับบริการมุสลิม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

องค์ความรู้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. (2556). สืบค้นจาก http://www.thai-aec.com/

อังคณา จิรโรจน์. (2558). การศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของอาจารย์และนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 23*(6), 1006-1022.

Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education, 38*(5), 203-207.

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing, 13*(3), 181-184.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.

Leininger, M. M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. London: Jones and Bartlett.

McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence". *American Psychologist, 28*(1), 1-14.

McCormick, E. J., & Ilgen, D. R. (1985). *Industrial and organizational psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์*

Effect of Preventing Recurrent Urinary Tract Infection Program on Preventive Behavior of Urinary Tract Infection among Pregnant Women*

กรรณิการ์ แซ่ตั๋ง, พย.ม. (การผดุงครรภ์) [1]
Kannikar Saetang, M.N.S. (Midwifery) [1]

วรรณทนา ศุภสีมานนท์, Ph.D. (Nursing) [2]
Wantana Suppaseemanont, Ph.D. (Nursing) [2]

วรรณี เดียวอิศเรศ, Ph.D. (Nursing) [3]
Wannee Deoisres, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: April 3, 2019 Revised: May 14, 2020 Accepted: May 19, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำ แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น .80 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, independent *t*-test, Mann-Whitney U test, paired *t*-test และ ANCOVA

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.520$, $p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 39.870$, $p < .001$)

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[1] Master, Program in Midwifery, 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: suppasee@gmail.com
[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
[3] Associate Professor, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University: Co-advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรนำโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะหรือการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine effect of preventing recurrent urinary tract infection (rUTI) program on preventive behavior of UTI among pregnant women. Participants were 50 pregnant women who received service at Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province and were equally divided into an experimental group (n = 25) and a control group (n = 25). The research instruments included the preventing rUTI program, the demographic questionnaire and record form, and the preventive behavior of UTI during pregnancy questionnaire with the reliability of .80. The implementation and data collection were conducted from June to August, 2018. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, independent *t*-test, Mann-Whitney U test, paired *t*-test, and ANCOVA.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean score of preventive behavior of UTI than that of before the experiment ($t = 12.520$, $p < .001$) and higher than that of the control group ($F = 39.870$, $p < .001$).

This research suggests that antenatal care nurses should apply this preventing rUTI program to care for pregnant women. This would promote pregnant women to have appropriate preventive behavior of UTI in order to prevent UTI or rUTI.

Keywords: Preventive behavior of urinary tract infection, Pregnant women

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายขณะตั้งครรภ์ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection [UTI]) และการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำ (recurrent urinary tract infection [rUTI]) ได้ เนื่องจากขณะตั้งครรภ์ร่างกายมีการผลิตฮอร์โมน progesterone มาก ทำให้ความตึงตัวของท่อไตและกระเพาะปัสสาวะลดลง เกิดการขยายตัวของท่อไตและกระเพาะปัสสาวะ ส่งผลให้ปัสสาวะสามารถคั่งค้างอยู่ในท่อไตและกระเพาะปัสสาวะมากกว่าปกติ นอกจากนี้ปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์จะไหลผ่านไตมากขึ้น ไตจึงไม่สามารถกรองสารอาหารที่มีอยู่ในเลือดกลับคืนสู่ร่างกายได้หมด จึงอาจทำให้มีกลูโคส โปรตีน และกรดอะมิโน หลุดลอดออกมาอยู่ในปัสสาวะ ส่งเสริมให้เชื้อโรคเจริญในปัสสาวะ อีกทั้งขณะตั้งครรภ์ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ทางเดินปัสสาวะจึงทำให้เกิด UTI ได้ง่าย (กนกวรรณ ฉันธนะมงคล, 2559; Likis, 2017)

UTI และ rUTI ขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก โดยผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ คือ หากหญิงตั้งครรภ์เป็น UTI หรือ rUTI แบบไม่มีอาการแล้วไม่ได้รับการรักษา อาการอาจรุนแรงจนกลายเป็น UTI หรือ rUTI แบบมีอาการได้ (Ullah & Ahmed, 2010) นอกจากนี้ UTI และ rUTI ขณะตั้งครรภ์ยังทำให้อัตราการคลอดทารกก่อนกำหนด

เพิ่มขึ้น (Siakwa et al., 2016) มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Easter et al., 2016) นำไปสู่การมีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น (Mazor-Dray, Levy, Schlaeffer, & Sheiner, 2009) ส่วนผลกระทบต่อทารก คือ หาก UTI หรือ rUTI ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูง จะทำให้หลอดเลือดในร่างกายหญิงตั้งครรภ์เกิดการหดรัดตัว การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและรกน้อยลง ทำให้ทารกได้รับออกซิเจนและอาหารน้อย มีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Mazor-Dray et al., 2009) และทารกมีโอกาสมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยจากการคลอดก่อนกำหนดหรือการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Siakwa et al., 2016)

การที่หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด UTI หรือ rUTI โดยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไป พฤติกรรมสุขอนามัยทั่วไป และพฤติกรรมสุขอนามัยทางเพศ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปที่ไม่เหมาะสมคือ การดื่มน้ำน้อยกว่า 1 ลิตรต่อวัน (น้อยกว่าวันละ 6 แก้ว) (Moustafa & Makhlouf, 2012) ส่วนพฤติกรรมสุขอนามัยทั่วไปที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน (Amiri, Rooshan, Ahmady, & Soliamani, 2009) การไม่เปลี่ยนกางเกงในทุกวัน (Moustafa & Makhlouf, 2012) การสวมใส่กางเกงในที่เป็นผ้าหนา ไม่ระบายอากาศ (Vahlensieck et al., 2016) การทำความสะอาดอวัยวะเพศจากบริเวณรูทวารหนักมายังรูเปิดท่อปัสสาวะ และการไม่เช็ดอวัยวะเพศให้แห้งหลังการขับถ่าย (Badran, El-Kashef, Abdelaziz, & Ali, 2015) ตลอดจนการสวนล้างภายในช่องคลอดการใช้สบู่หรือน้ำยาที่มีส่วนผสมของยาฆ่าเชื้อโรคทำความสะอาดอวัยวะเพศ (Adam & Saadia, 2015) สำหรับพฤติกรรมสุขอนามัยทางเพศที่ไม่เหมาะสม คือ การไม่ทำความสะอาดอวัยวะเพศก่อนและหลังการมีเพศสัมพันธ์ และการไม่ถ่ายปัสสาวะทิ้งหลังการมีเพศสัมพันธ์ (Badran et al., 2015) ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกัน UTI ดังกล่าว จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน UTI ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ต่อเนื่อง (Jalali, Shamsi, Roozbehani, & Kabir, 2014a) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้สอบถามหญิงตั้งครรภ์ที่มี UTI พบว่า อุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI คือ การไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิด UTI และเห็นว่าเป็นสิ่งยากในการปฏิบัติ ทำให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ทั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์ควรปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI และ/หรือ rUTI อย่างเหมาะสมทั้งในแง่พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไป พฤติกรรมสุขอนามัยทั่วไป และพฤติกรรมสุขอนามัยทางเพศ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกัน UTI จัดเป็นหนึ่งในพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

Pender, Murdaugh, and Parsons (2011) ได้เสนอแนวคิดแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพ โดยกล่าวว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ผสมผสานระหว่างการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต นำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดี โดยแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล/ประสบการณ์ (ประกอบด้วยพฤติกรรมในอดีตที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคล) ความคิด/อารมณ์ที่มีผลจำเพาะต่อพฤติกรรม (ประกอบด้วยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม อิทธิพลจากบุคคลอื่น อิทธิพลจากสถานการณ์ การยับยั้งความต้องการอื่น และความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม) และพฤติกรรมผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้นำเฉพาะมโนทัศน์ความคิด/อารมณ์ที่มีผลจำเพาะต่อพฤติกรรมมาพัฒนาโปรแกรมโดยเลือกองค์ประกอบการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และอิทธิพลจากบุคคลอื่น เนื่องจากเป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถจัดกระทำเพื่อส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักวิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลให้แก่หญิงตั้งครรภ์ คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับด้านโภชนาการ (เฉลิมพร ถิตย์ผาดและพรรณี บัญชรหัตถกิจ, 2555; สุภาวดี เงินยิ่ง, 2556) และการจัดการความเครียด (สุภาวดี เงินยิ่ง, 2556) สำหรับโปรแกรมการป้องกัน UTI และ rUTI ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพบแต่การศึกษาในต่างประเทศที่เป็นโปรแกรมการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแก่หญิงตั้งครรภ์ (Ahmed, 2015; Jalali, Shamsi, Roozbehani, & Kabir, 2014b; Nejadsadeghi & Taghdisi, 2014; Sadeghi, Taghdisi, & Solhi, 2012) ซึ่งที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี มีจุดเด่นในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มี UTI โดยแพทย์สั่งให้ยาปฏิชีวนะ และพยาบาลให้คำแนะนำการป้องกัน UTI แก่หญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล เกี่ยวกับการดื่มน้ำ 2-3 ลิตรต่อวัน การไม่กลั้นปัสสาวะ การทำความสะอาดอวัยวะเพศอย่างถูกวิธี

และการรับประทานยาปฏิชีวนะให้หมดตามที่แพทย์สั่ง แต่คำแนะนำที่ให้ไม่ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมดของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ในด้านการดูแลตนเองทั่วไป สุขอนามัยทั่วไป และสุขอนามัยทางเพศ ไม่ได้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งยังไม่มีการติดตามประเมินหญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำ ตามแนวคิดแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. เพื่อปรับการรับรู้ โดยให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มี UTI ลดการรับรู้อุปสรรค ใช้อิทธิพลจากคนในครอบครัวที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนติดตามประเมินปัญหา อุปสรรค และให้การช่วยเหลือเพิ่มเติม แล้วศึกษาผลของโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมการป้องกัน UTI ในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก rUTI และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

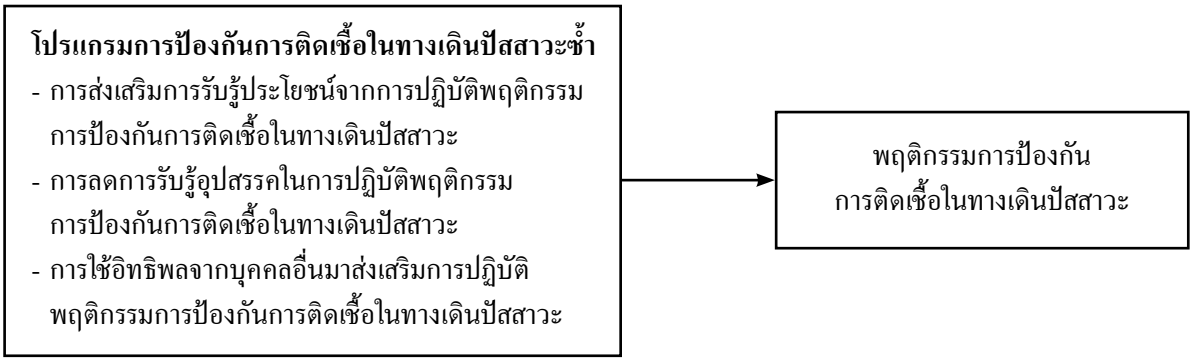
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) เฉพาะมโนทัศน์ความคิด/อารมณ์ที่มีผลจำเพาะต่อพฤติกรรม มาพัฒนาโปรแกรมการป้องกัน rUTI จากมโนทัศน์นี้ ผู้วิจัยเลือกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลจากบุคคลอื่น มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น UTI จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า องค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั้นมีประโยชน์ จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม (เสาวณีย์ ภูมิสวัสดิ์, เกษร สุวิทยะศิริ, และวันดี ไชยทรัพย์, 2556) หญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมมีอุปสรรคขัดขวางมาก จะหลีกเลี่ยงหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่ต่อเนื่อง (รัตนาภรณ์ ตามเที่ยงตรง, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และวรรณี เดียวอิศเรศ, 2560) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีบุคคลอื่นช่วยส่งเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จะทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้น (รัตนาภรณ์ ตามเที่ยงตรง และคณะ, 2560; สุจิตต์ แสนมงคล, 2559) ทั้งนี้ การจัดโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มี UTI อาจช่วยป้องกันการเป็น rUTI นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของมารดาและทารก สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (UTI) ครั้งแรกในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) แพทย์วินิจฉัยว่า UTI จากการตรวจปัสสาวะเบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการพบเอนไซม์เม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดขาว 2) ระบุว่ามีสามี 3) อาจมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น เป็นนิ่วที่ไต เป็นโรคเบาหวาน 4) อาจเคยหรือไม่เคยเกิด UTI ก่อนตั้งครรภ์ 5) สะดวกในการใช้โทรศัพท์รับ-ส่งข่าวสาร 6) สื่อสารโดยการพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้คล่อง และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แท้ง เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้ และ 3) ขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากสูตรของ Glass (1976 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) โดยใช้ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน UTI จากการศึกษาของ Jalali et al. (2014a) ได้ค่าเท่ากับ 1.02 นำมาเปิดตารางหาขนาดตัวอย่างสำหรับสถิติ t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) (Polit & Hungler, 1999) รวมจำนวน 50 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 25 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 25 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลจากบุคคลอื่น ดังนี้

1.1 กิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้พฤติกรรมการป้องกัน UTI ก่อนให้ความรู้ และการประเมินการรับรู้พฤติกรรมการป้องกัน UTI และประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหลังให้ความรู้ โดยการซักถาม เปิดโอกาสให้ซักถามแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วมประกอบสื่อ PowerPoint slides และคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย ประเภท สาเหตุ ผลกระทบ และพฤติกรรมการป้องกัน UTI ขณะตั้งครรภ์

1.2 กิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรค ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ประกอบด้วย การซักถาม ให้แสดงความคิดเห็นและปรับการรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยการให้คำปรึกษาแนะนำเป็นรายบุคคลให้มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาและอุปสรรคของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน ผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI

1.3 กิจกรรมเกี่ยวกับอิทธิพลจากบุคคลอื่น ประกอบด้วยกิจกรรมที่ทำโดยผู้วิจัยและกิจกรรมที่ทำโดยสามีของหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้

1.3.1 กิจกรรมที่ทำโดยผู้วิจัย หลังจากผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ผู้วิจัยพูดสรุปประเด็นสำคัญของการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์พูดคุย ถ่ายทอดความรู้ และให้คู่มือแก่สามี ใช้เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 15 นาที เพื่อสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI อุปสรรค และการแก้ไข ชมเชยเมื่อหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้วิจัยตอบข้อซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติม พร้อมทั้งให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

1.3.2 กิจกรรมที่ทำโดยสามีของหญิงตั้งครรภ์ หลังจากสามีได้รับการถ่ายทอดความรู้จากหญิงตั้งครรภ์แล้ว ให้สามีสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมการป้องกัน UTI อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ จำนวนปีที่ศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ จำนวนทั้งสิ้น

6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ ส่วนแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ไตรมาสของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และประวัติการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะก่อนตั้งครรภ์ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไป จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมสุขอนามัยทั่วไป จำนวน 9 ข้อ และพฤติกรรมสุขอนามัยทางเพศ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 6 ข้อ โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไป และพฤติกรรมสุขอนามัยทั่วไป มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติส่วนใหญ่ และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับพฤติกรรมสุขอนามัยทางเพศ (ผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ไม่ต้องตอบ) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอย่างไม่เหมาะสม และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอย่างเหมาะสม

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำ และสื่อประกอบโปรแกรม (แผนการสอน สไลด์ คู่มือ และแนวคำถามการติดตามทางโทรศัพท์) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาลทางสูติกรรม ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยสูติแพทย์ แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ และอาจารย์พยาบาลทางสูติกรรม (3 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88 และค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .60-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปให้หญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน อ่าน เพื่อทดสอบความสามารถในการสื่อสาร ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 04-03-2561 วันที่ 20 เมษายน 2561) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 022 วันที่ 8 พฤษภาคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในขณะรอพบแพทย์ ณ แผนกฝากครรภ์ แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนผู้วิจัยบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป โดยได้ข้อมูลจากการสอบถามและการดูจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการฝากครรภ์ และการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับ UTI ตามปกติ โดยการดูแลจากแพทย์ คือ การได้รับยาปฏิชีวนะ และการดูแลจากพยาบาล คือ การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการป้องกัน UTI ได้แก่ การดื่มน้ำ 2-3 ลิตรต่อวัน การไม่กลั้นปัสสาวะ การทำความสะอาดอวัยวะเพศที่ถูกต้อง และการรับประทานยาปฏิชีวนะที่แพทย์ให้จนหมด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

4. ผู้วิจัยมอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ให้กลุ่มควบคุม เพื่อตอบหลังการทดลอง (post-test) คือ ในสัปดาห์ที่ 4 และส่งกลับมาให้ผู้วิจัย โดยให้เลือกวิธีการส่งแบบสอบถามกลับเอง ได้แก่ การส่งคืนที่แผนกฝากครรภ์ การส่งทางไปรษณีย์ (ผู้วิจัยมีซองติดแสตมป์เตรียมไว้ให้) การส่งทางเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ เช่น e-mail, line หรือข้อความภาพทางโทรศัพท์ และการตอบทาง google form จากนั้นนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลในขณะรอพบแพทย์ ณ แผนกฝากครรภ์ แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนผู้วิจัยบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป โดยได้ข้อมูลจากการสอบถามและการดูจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการฝากครรภ์ และการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับ UTI ตามปกติ และเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำ เป็นรายบุคคล โดยเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที กิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรค ใช้เวลาประมาณ 10 นาที และกิจกรรมเกี่ยวกับอิทธิพลจากบุคคลอื่น ในส่วนกิจกรรมที่ทำโดยผู้วิจัย ณ แผนกฝากครรภ์ (พูดสรุปประเด็นสำคัญของการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์พูดคุย ถ่ายทอดความรู้ และให้คู่มือแก่สามี) ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

7. ผู้วิจัยมอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ให้กลุ่มทดลองเพื่อตอบหลังการทดลอง (post-test) คือ ในสัปดาห์ที่ 4 และส่งกลับมาให้ผู้วิจัย โดยให้เลือกวิธีการส่งแบบสอบถามกลับเอง (วิธีการเหมือนกับในกลุ่มควบคุม) จากนั้นนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมและติดตามแบบสอบถาม

8. กลุ่มทดลองบอกเล่าความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ UTI ให้สามีฟัง และให้สามีอ่านคู่มือ เพื่อให้สามีเห็นประโยชน์ของการป้องกัน UTI และสนับสนุนกลุ่มทดลองให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI จากนั้นสามีสนับสนุนกลุ่มทดลองให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI อย่างเหมาะสม

9. ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมจำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 15 นาที เพื่อสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI อุปสรรค และการแก้ไข ตามแนวคำถามการติดตามทางโทรศัพท์ เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและซักถาม ผู้วิจัยตอบข้อซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติม สอบถามการได้รับการสนับสนุนจากสามี กล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

10. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามให้กลุ่มควบคุมส่งแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์กลับ และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน UTI พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นส่งคู่มือการป้องกัน UTI ของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 2 เล่ม ทางไปรษณีย์ สำหรับกลุ่มตัวอย่างและสามี

11. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามให้กลุ่มทดลองส่งแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์กลับ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องอาชีพ ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ไตรมาสของการตั้งครรภ์ และประวัติการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องความเพียงพอของรายได้ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องอายุ จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องอายุครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ ANCOVA โดยมีพฤติกรรมการป้องกันฯ ก่อนการทดลอง เป็นตัวแปรร่วม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีอายุเฉลี่ย 26.80 ปี (*SD* = 4.91) และ 26.20 ปี (*SD* = 5.26) ตามลำดับ มีจำนวนปีที่ศึกษาเฉลี่ย 10.96 ปี (*SD* = 4.10) และ 11.64 ปี (*SD* = 3.29) ตามลำดับ เป็นนักเรียนหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 และมีอาชีพลูกจ้างหรือรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 ตามลำดับ อยู่ในครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 64 และ 48 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 21,520 บาทต่อเดือน (*SD* = 11,948.22) และ 21,192 บาทต่อเดือน (*SD* = 9,942.58) ตามลำดับ ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่พอใช้จ่ายหรือมีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 88 เท่ากัน ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครรภ์แรก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 และ 44 ตามลำดับ มีอายุครรภ์เฉลี่ย 22.68 สัปดาห์ (*SD* = 9.34) และ 24.12 สัปดาห์ (*SD* = 8.71) ตามลำดับ ตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และ 52 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 84 และ 80 ตามลำดับ และไม่มีประวัติการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะก่อนตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 52 และ 56 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน

2. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะโดยรวมเท่ากับ 76.13 (*SD* = 6.74) และ 73.72 (*SD* = 5.53) ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะโดยรวมเท่ากับ 92.31 (*SD* = 4.60) และ 81.52 (*SD* = 6.73) ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปเท่ากับ 12.80 (*SD* = 2.69) และ 12.96 (*SD* = 3.01) ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปเท่ากับ 17.28 (*SD* = 1.46) และ 15.92 (*SD* = 2.23) ตามลำดับ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขอนามัยทั่วไปเท่ากับ 36.08 (*SD* = 3.72) และ 34.40 (*SD* = 2.86) ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขอนามัยทั่วไปเท่ากับ 42.24 (*SD* = 2.71) และ 36.80 (*SD* = 3.82) ตามลำดับ และพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขอนามัยทางเพศเท่ากับ 7.72 (*SD* = 1.07) และ 7.75 (*SD* = 1.54) ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขอนามัยทางเพศเท่ากับ 8.94 (*SD* = .24) และ 7.92 (*SD* = 1.08) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.520$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ	n	*M*	*SD*	*t*	*p*
ก่อนการทดลอง	25	76.13	6.74	12.520	< .001
หลังการทดลอง	25	92.31	4.60		

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยมีพฤติกรรมการป้องกันฯ ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 39.870$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยมีพฤติกรรมการป้องกันฯ ก่อนการทดลอง เป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	*p*
ตัวแปรร่วม (pre-test)	151.64	1	151.64	4.940	.030
ระหว่างกลุ่ม (group)	1,224.82	1	1,224.82	39.870	< .001
ภายในกลุ่ม (error)	1,443.96	47	30.72		
ทั้งหมด	380,754.16	50			

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับทั้งการดูแลตามปกติ และเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำ เป็นรายบุคคลที่ผู้วิจัยจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI และใช้อิทธิพลจากบุคคลอื่นมาส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI

การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ทำโดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายบุคคลด้วยการบรรยายแบบให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วม พร้อมทั้งประเมินการรับรู้พฤติกรรมการป้องกัน UTI ก่อนให้ความรู้ และประเมินการรับรู้พฤติกรรมและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหลังให้ความรู้ เพื่อปรับแก้ความรู้ที่ไม่ถูกต้องได้ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล ส่วนสถานที่ให้ความรู้เป็นรายบุคคลนั้นเป็นห้องที่เป็นส่วนตัว ทำให้กลุ่มทดลองกล้าที่จะพูดคุย ซักถาม และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคลหรือพฤติกรรมสุขอนามัยทางเพศในการป้องกัน UTI โดยไม่ต้องเร่งรีบ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ที่ครอบคลุม ตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบของ UTI ต่อสุขภาพ และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI การที่ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ได้เหมาะสมกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่ง Pender et al. (2011) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้หรือคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมจะทำให้บุคคลตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมและตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวณีย์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษากึ่งทดลองเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้ในการป้องกัน UTI แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มี UTI ต่อพฤติกรรมการป้องกัน UTI โดยการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มด้วยการบรรยาย ซักถาม แจกแผ่นพับและคู่มือ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกัน UTI เหมาะสมกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nejadsadeghi & Taghdisi, 2014; Sadeghi et al., 2012) ซึ่งกิจกรรมการให้ความรู้ดังกล่าวคล้ายคลึงกับกิจกรรมของการวิจัยครั้งนี้ คือ ให้ความรู้โดยการบรรยาย ซักถาม และแจกคู่มือ แต่การวิจัยครั้งนี้มีกิจกรรมการให้ความรู้ที่แตกต่างกัน คือ มีการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน UTI ก่อนและหลังให้ความรู้ (โดยการซักถาม) ให้ความรู้เป็นรายบุคคลในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว และให้ความรู้โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม (เปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความคิดเห็น) ใช้สื่อ PowerPoint slides ประกอบการบรรยาย

ส่วนการลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ทำโดยผู้วิจัยประเมินอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ของกลุ่มทดลอง ด้วยการซักถามแล้วเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ซึ่งพบว่าอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI คือ การขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ได้แก่ การดื่มน้ำน้อยเพราะไม่อยากเข้าห้องน้ำเพื่อปัสสาวะบ่อยขณะทำงาน การไม่ต้องการเข้าห้องน้ำสาธารณะที่ไม่สะอาด ทำให้

ต้องกลั้นปัสสาวะ การตากกางเกงในภายในห้องน้ำที่แสงแดดส่องไม่ถึง ทำให้กางเกงในอับชื้น การสวนล้างช่องคลอด การใช้แป้งฝุ่นทาบริเวณอวัยวะเพศ การใช้น้ำยาที่ผสมยาฆ่าเชื้อโรคทำความสะอาดอวัยวะเพศ เพราะเชื่อว่าจะทำให้อวัยวะเพศสะอาด ไม่มีกลิ่น การทำความสะอาดอวัยวะเพศโดยล้างและ/หรือเช็ดอวัยวะเพศจากด้านหลังมาด้านหน้า เนื่องจากไม่ทราบวิธีการทำความสะอาดอวัยวะเพศที่ถูกต้อง การไม่ทำความสะอาดอวัยวะเพศก่อน/หลังการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากไม่ทราบความจำเป็นของการทำความสะอาดอวัยวะเพศก่อน/หลังการมีเพศสัมพันธ์ และการไม่ถ่ายปัสสาวะหลังการมีเพศสัมพันธ์หากปวดปัสสาวะ หลังการประเมินอุปสรรค ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาแนะนำ และร่วมกับกลุ่มทดลองในการหาแนวทางแก้ไขอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละคน ทำให้กลุ่มทดลองแต่ละคนมีแนวทางแก้ไขอุปสรรคที่เหมาะสมกับตนเอง และส่งเสริมให้กลุ่มทดลองรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ไม่ได้เป็นเรื่องยาก สามารถสอดแทรกในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ นำไปสู่การแก้ไขอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ที่ถูกต้องและเหมาะสมกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่ง Pender et al. (2011) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมและทราบถึงแนวทางในการแก้ไขอุปสรรค จะทำให้มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติและเลือกปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาเชิงสัมพันธ์ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รัตนาภรณ์ ตามเที่ยงตรง และคณะ, 2560; สุวรรณี โลนุช, มยุรี นิรัตธราดร, และศิริพร ขัมภลิขิต, 2554)

สำหรับการใช้อิทธิพลจากบุคคลอื่นมาส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ทำโดยผู้วิจัยติดตามสอบถามกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม ปัญหาอุปสรรค และการแก้ไข เปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยให้ข้อมูลและคำแนะนำเพิ่มเติม ให้กำลังใจและกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังให้กลุ่มทดลองพูดคุย ถ่ายทอดความรู้และให้คู่มือแก่สามี เพื่อให้สามีมีความรู้ในการดูแล ส่งเสริมและกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ทั้งการดูแลตนเองทั่วไป (จัดหาอาหารที่มีประโยชน์และหลากหลาย เตือนให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว) การดูแลสุขอนามัยทั่วไป (เตือนไม่ให้กลั้นปัสสาวะ ทำราวตากกางเกงในที่แสงแดดส่องถึง) และการดูแลสุขอนามัยทางเพศ (เตือนให้ทำความสะอาดอวัยวะเพศก่อน/หลังการมีเพศสัมพันธ์ เตือนให้ถ่ายปัสสาวะหลังการมีเพศสัมพันธ์หากปวดปัสสาวะ) ซึ่งการที่กลุ่มทดลองได้รับการติดตามดูแลจากผู้วิจัยและสามี ทำให้กลุ่มทดลองมีกำลังใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน UTI ได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่ง Pender et al. (2011) ได้กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นผลดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาเชิงสัมพันธ์ที่พบว่า อิทธิพลจากบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ (รัตนาภรณ์ ตามเที่ยงตรง และคณะ, 2560; สุวรรณี โลนุช และคณะ, 2554) และด้านการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (สุจิตต์ แสนมงคล, 2559)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรนำโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง เช่น จัดกิจกรรมให้ความรู้และคำปรึกษาแนะนำเป็นรายบุคคล แจกคู่มือ แล้วให้หญิงตั้งครรภ์ถ่ายทอดความรู้แก่สามีและให้สามีอ่านคู่มือ และพยาบาลติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นระยะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะหรือการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามระยะยาว เพื่อประเมินการเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำในขณะตั้งครรภ์

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ ฉันธนะมงคล. (2559). *การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์*. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.

เฉลิมพร ถิตย์ผาด, และพรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 27*(4), 347-353.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

รัตนาภรณ์ ตามเที่ยงตรง, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และวรรณี เดียวอิศเรศ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25*(1), 49-60.

สุจิตต์ แสนมงคล. (2559). การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก จังหวัดภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 30*(2), 105-114.

สุภาวดี เงินยิ่ง. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ และการจัดการกับความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุวรรณี โลนุช, มยุรี นิรัตธราดร, และศิริพร ขัมภลิขิต. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 4*(2), 79-93.

เสาวณีย์ ภูมิสวัสดิ์, เกษร สุวิทยะศิริ, และวันดี ไชยทรัพย์. (2556). การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 29*(2), 80-94.

Adam, I., & Saadia, Z. (2015). *Urinary tract infections in pregnancy*. Retrieved from http://www.smgebooks.com/urinary-tract-infections/chapters/UTI-15-01.pdf

Ahmed, M. H. (2015). Effect of intervention guidelines on self care practices of pregnant women with urinary tract infection. *Life Science Journal, 12*(1), 113-124.

Amiri, F. N., Rooshan, M. H., Ahmady, M. H., & Soliamani, M. J. (2009). Hygiene practices and sexual activity associated with urinary tract infection in pregnant women. *Eastern Mediterranean Health Journal, 15*(1), 104-110.

Badran, Y. A., El-Kashef, T. A., Abdelaziz, A. S., & Ali, M. M. (2015). Impact of genital hygiene and sexual activity on urinary tract infection during pregnancy. *Urology Annals, 7*(4), 478-481.

Easter, S. R., Cantonwine, D. E., Zera, C. A., Lim, K. H., Parry, S. I., & McElrath, T. F. (2016). Urinary tract infection during pregnancy, angiogenic factor profiles, and risk of preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 214*(3), 387.

Jalali, M., Shamsi, M., Roozbehani, N., & Kabir, K. (2014a). Investigation of health education based on Theory of Planned Behavior on behavioral promotion of urinary infection prevention in pregnant women. *World Journal of Medical Sciences, 11*(4), 452-460.

Jalali, M., Shamsi, M., Roozbehani, N., & Kabir, K. (2014b). The effect of education based on the Theory of Planned Behavior in promoting preventive behaviors of urinary tract infections in pregnant women. *Pars Journal of Medical Sciences, 12*(3), 49-57.

Likis, F. (2017). Urinary tract infections. *Journal of Midwifery & Women's Health, 62*(2), 241-242.

Mazor-Dray, E., Levy, A., Schlaeffer, F., & Sheiner, E. (2009). Maternal urinary tract infection: Is it independently associated with adverse pregnancy outcome?. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 22*(2), 124-128.

Moustafa, M. F., & Makhlouf, E. M. (2012). Association between the hygiene practices for genital organs and sexual activity on urinary tract infection in pregnant women at women's health center, at Assiut University Hospital. *Journal of American Science, 8*(9), 515-522.

Nejadsadeghi, E., & Taghdisi, M. H. (2014). Evaluation of modification of behaviour of the pregnant women in the field of urinary infections based on the health belief mode. *Hormozgan Medical Journal, 18*(4), 317-327.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Sadeghi, E. N., Taghdisi, M. H., & Solhi, M. (2012). Effect of education based on health belief model on prevention of urinary infection in pregnant. *Health MED: Journal of Society for Development in New Net Environment in B & H, 6*(12), 4211-4217.

Siakwa, M., Kpikpitse, D., Azanu, W., John, M. E., Doe, P. F., Ebu, N. I., & Hanson-Owoo, E. (2016). Maternal and perinatal outcomes among pregnant women with urinary tract infections. *International Journal of Current Research, 8*(6), 33366-33371.

Ullah, A., & Ahmed, I. (2010). Materno-fetal complications of asymptomatic bacteriuria in pregnancy: A longitudinal cohort study. *International Medical Journal, 17*(2), 141-146.

Vahlensieck, W., Perepanova, T., Johansen, T. E. B., Tenke, P., Naber, K. G., & Wagenlehner, F. M. E. (2016). Management of uncomplicated recurrent urinary tract infections. *European Urology Supplements, 15*(4), 95-101.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*

Factors Influencing Negative Expressed Emotion among Caregivers of Patients with Schizophrenia*

จิรศักดิ์ ประจงบัว, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) [1]
Jirasak Prajongbua, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) [1]
ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing) [2]
Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing) [2]
ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, Ph.D. (Nursing) [3]
Pornpat Hengudomsub, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: April 10, 2020 Revised: May 10, 2020 Accepted: May 11, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 120 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต มีค่าความเชื่อมั่น .89 แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .95 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .84 และแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .85 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* 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: jirasak162522@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

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 45.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = .450, p < .05) โดยการรับรู้ภาระการดูแลสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้มากที่สุด (Beta = .512, p < .001) รองลงมา คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Beta = .186, p < .05) และสัมพันธภาพในครอบครัว (Beta = -.182, p < .05) ตามลำดับ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรมเพื่อลดการรับรู้ภาระการดูแลและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ สัมพันธภาพในครอบครัว

Abstract

This predictive correlational research aimed to investigate the negative expressed emotion 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 the personal information questionnaire, the perception of the severity of psychotic symptoms questionnaire with the reliability of .89, the perception of the caregiver burden questionnaire with the reliability of .95, the problem-focused coping behavior questionnaire with the reliability of .78, the emotion-focused coping behavior questionnaire with the reliability of .78, the family relationship questionnaire with the reliability of .84, and the negative expressed emotion questionnaire with the reliability of .85. Data were collected from October to December, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that perception of the caregiver burden, emotion-focused coping behavior, and family relationship could statistically significant explain 45.50% of variance of the negative expressed emotion (R^2 = .450, p < .05). The most significant predicting factor was perception of the caregiver burden (Beta = .512, p < .001) followed by emotion-focused coping behavior (Beta = .186, p < .05) and family relationship (Beta = -.182, p < .05), respectively.

This research suggests that health care providers should apply these research results for designing interventions to reduce perception of the caregiver burden and emotion-focused coping behavior as well as to promote family relationship. This would encourage caregivers of patients with schizophrenia to have appropriate expressed emotion.

Keywords: Schizophrenia caregivers, Negative expressed emotion, Perception of the caregiver burden, Emotion-focused coping behavior, Family relationship

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังที่เป็นแล้วไม่หายขาดและอาจมีอาการกำเริบได้บ่อยครั้ง โดยพบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 26 ล้านคน และมีอัตราความชุกของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 580,181 คน 480,266 คน และ 455,118 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2562) สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 ที่พบว่ามีจำนวน 9,636 คน 9,621 คน และ 8,876 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2562)

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้เกิดความบกพร่องทั้งในส่วนการดูแลตัวเอง ความสามารถในการประกอบอาชีพ และความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ผู้ที่เป็นโรคนี้มักแสดงลักษณะอาการด้านบุคลิกภาพและมีการรับรู้ที่ผิดปกติหรือบิดเบือนไป ทำให้บกพร่องในการทำหน้าที่ของตน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) การดำเนินของโรคเป็นแบบเรื้อรัง ค่อยเป็นค่อยไป จนกระทั่งมีอาการรุนแรงมาก มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มาก และเกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว นำไปสู่พฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการทางจิตให้สงบ และลดความรุนแรงของอาการทางจิต หลังจากได้รับการรักษาจนอาการทางจิตทุเลาแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความเชื่อมั่นในตัวเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552) หรือเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) และป้องกันอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ

ปัจจุบัน กรมสุขภาพจิตมีนโยบายสำคัญ คือ การให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้นและให้กลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ในช่วงแรก ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตัวเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่หากไม่รับประทานยาต่อเนื่อง มักพบว่าความสนใจในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะเริ่มลดลง ไม่ดูแลตัวเองเรื่องการเจ็บป่วย (ชัฎชฎา คมขำ และรัชนีกร เกิดโชค, 2556) มีความผิดปกติด้านกระบวนการคิด มีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ทำให้เกิดปัญหาในการทำงานร่วมกับผู้อื่น แม้แต่การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัวและสังคม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2558) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในขณะที่มีอาการกำเริบและเมื่ออาการทุเลา เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงทางสายเลือดกับผู้ป่วย โดยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2558) ไม่ว่าจะดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การสังเกตอาการต่าง ๆ หรือแม้แต่การพาไปพบแพทย์เมื่อมีอาการกำเริบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานมักส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากต้องเผชิญกับปัญหาเดิม ๆ เป็นเวลาที่ยาวนาน (อนันต์ตรี สมิทธิ์นราเศรษฐ์, 2560) นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานมักทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระเบื่อหน่าย หรืออาจทำให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2558) อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2555) แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานาน ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง การเข้าสังคมลดลง และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมอาละวาดที่รุนแรง ส่งผลให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวลเบื่อหน่าย ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (อนันต์ตรี สมิทธิ์นราเศรษฐ์, 2560) จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวสูงขึ้น ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแลนั้น อาจเกิดจากความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา เมื่อพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ ผิดหวัง และใช้น้ำเสียง คำพูดเพื่อควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย หรือแม้แต่กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง แต่ผู้ดูแลไม่เข้าใจ ยังแสดงออกด้วยความเห็นใจหรือก้าวก่ายต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมากเกินจำเป็น ทำให้ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ขนิษฐา สุขทอง, 2554) จากสภาพครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมนี้ มีแนวโน้มเกิด

การเจ็บป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท (นาถนภา วงษ์ศีล, จินตนา ยูนิพันธุ์, และสุนิศา สุขตระกูล, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสามารถช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Ogbolu, Adeyemi, & Erinfolami, 2013)

การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นการแสดงออกที่บ่งบอกถึงบรรยากาศทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบของน้ำเสียง ภาษา ท่าทาง พฤติกรรม และทัศนคติ (Brown, Birley, & Wing, 1972) โดยการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมี 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comments) ซึ่งเป็นการใช้คำพูดและ/หรือน้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พอใจหรือไม่เห็นชอบต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วย แม้แต่การให้คำแนะนำเชิงตำหนิ 2) การมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional over-involvement) ซึ่งเป็นการแสดงออกด้วยความห่วงใย กังวล การเอาใจจดจ่อโดยมีการแสดงออกที่มากเกินไป และ 3) การแสดงความไม่เป็นมิตร (hostility) ซึ่งเป็นการแสดงถึงทัศนคติที่ไม่ยอมรับผู้ป่วยโดยไม่รู้ตัว โดยการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (กชพร รัตนสมพร, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และรัชนีกร เกิดโชค, 2558) เป็นผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเร็วขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าว จะเป็นแนวทางในการลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมอาการของตัวเองได้ และไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

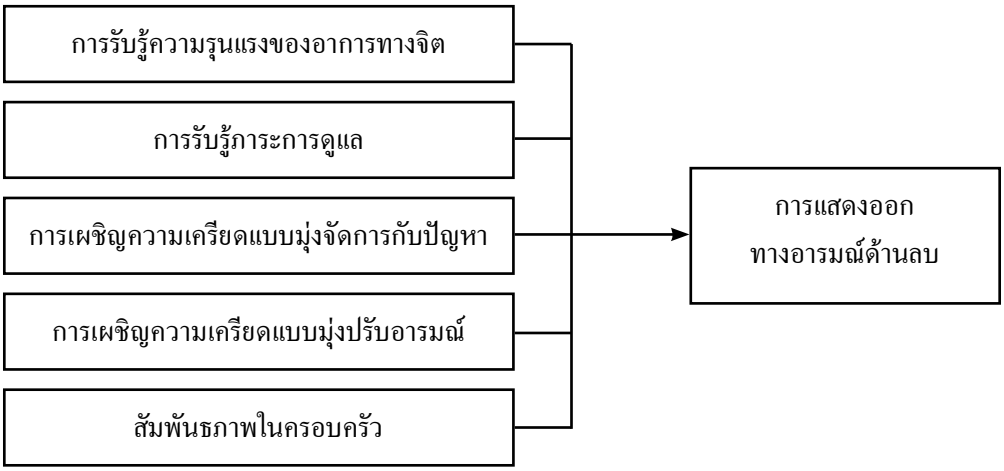
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Brown et al. (1972) มาอธิบายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย Brown et al. (1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเป็นการกระทำที่แสดงออกในรูปแบบของน้ำเสียง ภาษา ท่าทาง พฤติกรรม และทัศนคติ ทั้งในเชิงการวิพากษ์วิจารณ์ การมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และการแสดงความไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย โดยเชื่อว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยมาก จะรู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้น และหากผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลมาก จะส่งผลให้ผู้ดูแลไม่เข้าใจในตัวผู้ป่วย รู้สึกกดดันตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง ส่วนผู้ดูแลที่มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นหลัก โดยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาน้อย จะทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และมีความตึงเครียดทางอารมณ์มากขึ้น ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ร่วมกับการที่ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จะทำให้เกิดความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว ขาดความรัก ความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง และเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใด ๆ 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Green (1991) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรคประจำตัว และบุคคลที่คอยช่วยเหลือ และส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเจ็บป่วย รวมจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของชนมาภรณ์ พงศ์จันทรเสถียร (2549) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินอาการทางจิตของ Overall and Gorham ปี ค.ศ. 1962 แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง อาการสงบ คะแนน 1 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการน้อย จนถึงคะแนน 10 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-180 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงสูง

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของนพรัตน์ ไชยชำนิ (2544) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery, Gonyea, and Hooyman ปี ค.ศ. 1985 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้ภาระเชิงอัตนัย เป็นการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ และการรับรู้ภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของชีวิตขณะดูแลผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง และการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด รวมจำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24-120 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้ภาระการดูแลต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้ภาระการดูแลสูง

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ในส่วนที่เป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เป็นความจริง เป็นความจริงน้อย เป็นความจริงบ่อยครั้ง และเป็นความจริงทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-48 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาสูง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ของตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ในส่วนที่เป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เป็นความจริง เป็นความจริงน้อย เป็นความจริงบ่อยครั้ง และเป็นความจริงทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์สูง

ชุดที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ (2547) แปลจากแบบประเมินของ Crandall ปี ค.ศ. 1980 แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแสดงบทบาทของสมาชิก ด้านการสื่อสารในครอบครัว ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ และด้านการถ่ายทอดความรู้สึก จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดน้อยครั้ง ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดบางครั้ง ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดบ่อยครั้ง และตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-80 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี

ชุดที่ 7 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทรเสถียร (2549) ในส่วนที่เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยของ Sunpavervong ปี ค.ศ. 2006 ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. ปี ค.ศ. 1972 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการวิพากษ์วิจารณ์ การมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และการแสดงความไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับน้อย (20-40 คะแนน) ในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) และในระดับมาก (61-80 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต แบบประเมินการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .89, .95, .78, .78, .84 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 01-08-2560 วันที่ 1 กันยายน 2560) และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 10/2560 วันที่ 5 ตุลาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบประเมินในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วนบริเวณคลินิก (ขณะนั้น เจ้าหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยให้) โดยให้เวลา 45-60 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ข้อมูลการรับรู้ภาระการดูแล ข้อมูลการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ข้อมูลการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.98 ปี (*SD* = 14.60) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.20 ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.80 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 13,267.08 บาท (*SD* = 12,644.04) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท คือ เป็นบิดามารดา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.70 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วง 11-19 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 โดยมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 11.88 ปี (*SD* = 6.68) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.80 และมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือคิดเป็นร้อยละ 76.70

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75.80 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.40 ปี (*SD* = 10.95) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.80 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 75 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 0-1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 72.50 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 2,771.67 บาท (*SD* = 4,370.30) และมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 11-19 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.90 โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 12.91 ปี (*SD* = 7.13)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตเท่ากับ 72.04 (*SD* = 1.15) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาระการดูแลเท่ากับ 62.75 (*SD* = 1.41) มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาเท่ากับ 36.11 (*SD* = .27) มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เท่ากับ 22.06 (*SD* = .36) และมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 62.58 (*SD* = .66)

3. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเท่ากับ 47.79 (*SD* = 10.94) โดยส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.83 รองลงมา คือ ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 26.67 และในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .621$, $p < .001$ และ $r = .368$, $p < .001$ ตามลำดับ) และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.373$, $p < .001$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 120)

ตัวแปร	การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	
	r	*p*
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.150	.051
การรับรู้ภาระการดูแล	.621	< .001
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา	-.060	.258
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	.368	< .001
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.373	< .001

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 45.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .450$, $p < .05$) โดยการรับรู้ภาระการดูแลสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้มากที่สุด (Beta = .512, $p < .001$) รองลงมา คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Beta = .186, $p < .05$) และสัมพันธภาพในครอบครัว (Beta = -.182, $p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 120)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	*t*	*p*
การรับรู้ภาระการดูแล	.448	.065	.512	6.882	< .001
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	.524	.203	.186	2.578	.011
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.275	.109	-.182	-2.519	.013

Constant = 25.380, R = .670, $R^2 = .455$, adj $R^2 = .440$, F = 32.220, $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา มารดา มากที่สุด (ร้อยละ 41.70) ซึ่งมีความผูกพันกันทางสายเลือด และเป็นผู้ที่อบรมเลี้ยงดูผู้ป่วยมาตั้งแต่แรกเกิด ย่อมมีความรัก ความผูกพัน มีความเข้าใจในอุปนิสัยหรือพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เกิดจากความเจ็บป่วย จึงมักมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยถึง 11.88 ปี ซึ่งถือเป็นระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วย สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีการยอมรับในบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น มีการปรับตัวที่ดี รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น (แก้วตา มีศรี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2555) ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและคงที่มากขึ้น จึงไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของทัตชญา สมประดิษฐ และรัชนีกร เกิดโชค (2558) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับเหมาะสม

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 45.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ภาระการดูแลสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้มากที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่แสดงความรู้สึกถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว อันเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ในการดูแล ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้เกิดความกดดัน ความเครียด และความเดือดร้อนในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานมักมีความทุกข์ใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือความรู้สึกกดดัน ตึงเครียด ทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิดหรือไวต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นได้ง่าย เมื่อผู้ป่วยจิตเภทแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ดูแลก็จะหงุดหงิด โมโห อาจดุว่าหรือตำหนิผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่รุนแรง หรือเมื่อเกิดความตึงเครียดมากก็จะแสดงออกถึงความไม่เป็นมิตรมากขึ้น ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทัตชญา สมประดิษฐ และรัชนีกร เกิดโชค (2558) ที่พบว่า ภาระการดูแลเชิงอัตนัยสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เพิ่มขึ้น ก็จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้นด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอึดอัด กดดัน เพราะต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน รวมทั้งต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ก้าวร้าว อาละวาด ผู้ดูแลมักใช้การเผชิญความเครียดที่เน้นการปรับอารมณ์ ตามด้วยการแก้ไขปัญหา และหากเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ผู้ดูแลมักใช้การเผชิญความเครียดด้วยการใช้กลไกทางจิตเพื่อสร้างสมดุลของจิตใจ (อนันต์ตรี สมิทธิ์นราเศรษฐ์, 2560) ซึ่งการใช้กลไกทางจิตอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีขึ้นชั่วคราว แต่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ รวมทั้งไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ ก็จะยิ่งรู้สึกเครียดและกดดัน จากการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด (ไหมไทย ไชยพันธุ์ และณัฐสุดา เต้พันธ์, 2555) และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิตก็จะรู้สึกหงุดหงิดหรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า หากผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบน้อยลง โดยแสดงออกทางอารมณ์ได้เหมาะสมมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นพื้นฐานของการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว หากผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะรู้สึกผูกพันต่อกัน ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีสามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความอบอุ่นไว้วางใจ ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น (อัครวัฒน์ เพียวพงภควัต, 2561) นอกจากนี้ ความผูกพันในครอบครัวยังทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความมั่นคงทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา นามเหลา (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 12.91 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการค่อนข้างคงที่และไม่ค่อยมีอาการทางจิตกำเริบ โดยอาจมีอาการทางจิตหลงเหลือบ้าง ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตไม่ค่อยสูงมากนัก การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตจึงไม่กระทบต่อสภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแลมากนัก ประกอบกับผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลายาวนาน จึงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถจัดการและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้มากขึ้น จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ค่อนข้างคงที่ ประกอบกับการสนับสนุนของทางโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้แก่ผู้ดูแล แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ดูแลก็จะสามารถจัดการเบื้องต้นกับอาการดังกล่าวได้ หรือหากมีอาการรุนแรงมาก ก็จะส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ทันที การจัดการดังกล่าวจึงไม่กระทบต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลมากนัก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์

ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทัตชญา สมประดิษฐ และรัชนีกร เกิดโชค (2558) ที่พบว่า การรับรู้อาการทางจิตสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดามารดา มากที่สุด (ร้อยละ 41.70) และได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาแล้วเป็นเวลาค่อนข้างยาวนาน โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยถึง 11.88 ปี ซึ่งการดูแลเป็นเวลายาวนานนั้น ผู้ดูแลย่อมพบกับปัญหาและอุปสรรค และต้องใช้กระบวนการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาค่อนข้างมาก หากการแก้ไขปัญหาทางเลือกใดที่ได้ผลดี ผู้ดูแลก็จะใช้ทางเลือกนั้นโดยอัตโนมัติ หรืออาศัยประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหามากกว่าที่จะมุ่งพิจารณาถึงสาเหตุหรือจัดการกับปัญหาเพียงอย่างเดียว ประกอบกับผู้ดูแลยังมีทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์เป็นแหล่งสนับสนุนในการแก้ไขปัญหา เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยขึ้น ก็สามารถขอรับความช่วยเหลือหรือนำผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาเพื่อลดอาการทางจิตได้อย่างทันท่วงที ซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวถือเป็นการลดความเครียดของผู้ดูแลได้ระดับหนึ่ง ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้น จึงอาจไม่ได้มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาที่สาเหตุเพียงอย่างเดียว แต่พยายามแก้ไขปัญหานั้นด้วยการใช้ประสบการณ์หรือแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ จึงทำให้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทัตชญา สมประดิษฐ และรัชนีกร เกิดโชค (2558) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรมเพื่อลดการรับรู้ภาระการดูแลและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความสามารถในการปรับตัว อัตมโนทัศน์ แรงสนับสนุนทางสังคม

2.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

กชพร รัตนสมพร, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และรัชนีกร เกิดโชค. (2558). ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29*(3), 99-112.

กรมสุขภาพจิต. (2555). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

กรมสุขภาพจิต. (2556). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

กรมสุขภาพจิต. (2562). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2562*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

แก้วตา มีศรี, และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26*(1), 35-49.

ขนิษฐา สุขทอง. (2554). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทรเสถียร. (2549). *ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชัฎชฎา คมขำ, และรัชนีกร เกิดโชค. (2556). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27*(3), 101-112.

ตวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัตชญา สมประดิษฐ, และรัชนีกร เกิดโชค. (2558). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29*(2), 89-102.

นพรัตน์ ไชยชำนิ. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นัทธมนต์ ฉิมสุข, และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28*(3), 49-62.

นาถนภา วงษ์ศีล, จินตนา ยูนิพันธุ์, และสุนิศา สุขตระกูล. (2556). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27*(3), 87-100.

มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บ.ก.). (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บียอนด์เอนเตอร์ไพรซ์.

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. (2562). *รายงานประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2562*. สระแก้ว: ผู้แต่ง.

วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชนี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตร์พร หล่อสุวรรณกุล, และเวธกา กลิ่นวิชิต. (2547). *สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก* (รายงานผลการวิจัย). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วาสนา นามเหลา. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล, 42*(3), 159-167.

ไหมไทย ไชยพันธุ์, และณัฐสุดา เต้พันธ์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตกับความเครียดในการปฏิบัติงานของทหารในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีกลวิธีการเผชิญปัญหา เป็นตัวแปรส่งผ่าน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 4*(2), 40-58.

อนันต์ตรี สมิทธิ์นราเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11*(3), 43-56.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2558). การบำบัดครอบครัว: บทบาทของพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29*(1), 1-13.

อัครวัฒน์ เพียวพงภควัต. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 12(*28), 72-84.

Brown, G. W., Birley, J. L., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *The British Journal of Psychiatry, 121*(562), 241-258.

Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate Behavioral Research, 26*(3), 499-510.

Ogbolu, R. E., Adeyemi, J. D., & Erinfolami, A. R. (2013). Expressed emotion among schizophrenic patients in Lagos, Nigeria: A pilot study. *African Journal of Psychiatry, 16*(5), 329-331.

บูรณาการการปรึกษาพหุทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*

Integrative Multitheoretical Counseling: Cognitive Therapy and Experiential-Humanistic Therapy on Depression of Patient with Depressive Disorder*

ผ่องพรรณ ภะโว, ปร.ด. (จิตวิทยาการปรึกษา) [1]
Phongphan Phawo, Ph.D. (Counseling Psychology) [1]
สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์, Ed.D. (Psy.coun. and Guidance) [2]
Surin Suthithatip, Ed.D. (Psy.coun. and Guidance) [2]
ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา, พ.บ. (วุฒิบัตรจิตเวชศาสตร์) [3]
Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, M.D. (FRCPsych.) [3]

Received: February 21, 2020 Revised: May 10, 2020 Accepted: May 15, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 48 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล แบบประเมินการฆ่าตัวตาย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบคัดกรองโรคจิต แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่น .86 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ repeated measure ANOVA: one between-subjects variable and one within-subject variable โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

* ดุษฎีนิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
* Doctoral Dissertation of Philosophy Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University

[1] ดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[1] Doctor, Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: p_phawo48@hotmail.com
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก
[2] Assistant Professor, Faculty of Education, Burapha University: Major Advisor
[3] จิตแพทย์ ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์: อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ร่วม
[3] Psychiatrist, Director of Galya Rajanagarindra Institute: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (กลุ่ม MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม (กลุ่ม CT) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (กลุ่ม EXP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (กลุ่ม CBT) ส่วนระยะติดตามผล กลุ่ม MTP มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่ม CT กลุ่ม EXP และกลุ่ม CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดภาวะซึมเศร้าควรนำโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: การปรึกษา บูรณาการ พหุทฤษฎี ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This experimental research aimed to examine the effects of counseling programs on depression among patient with depressive disorder. The participants consisted of 48 patients with depressive disorder receiving services at out-patient department, Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital and were equally divided into four groups; three experimental groups and one control group (12 patients per group). The research instruments included the integration of Cognitive Theory and Experiential-Humanistic Theory counseling program, the Cognitive Theory counseling program, the Experiential-Humanistic Theory counseling program, the Cognitive-Behavioral Theory counseling program, the subjective unit of distress scale, the suicidal assessment form, the mini-mental state examination: Thai version (MMSE-Thai 2002), the psychotic screening form, the demographic questionnaire, and the Beck Depression Inventory (BDI-IA) with the reliability of .86. The implementation and data collection were conducted from January to May, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and repeated measure ANOVA: one between-subjects variable and one within-subject variable with multiple comparisons by Bonferroni method.

The research results revealed that at the post-trial period, the group receiving the integration of Cognitive Theory and Experiential-Humanistic Theory counseling program (the MTP group) had statistically significant lower mean score of depression than those in the group receiving the Cognitive Theory counseling program (the CT group) and the group receiving the Experiential-Humanistic Theory counseling program (the EXP group), but the MTP group had no different mean score of depression from that in the group receiving the Cognitive-Behavioral Theory counseling program (the CBT group). Additionally, at the follow-up period, the MTP group had statistically significant lower mean score of depression than those in the CT group, the EXP group, and the CBT group.

This research suggests that health care providers relating to depressive psychotherapy should appropriately apply this integration of Cognitive Theory and Experiential-Humanistic Theory counseling program for reducing depression among people with depression.

Keywords: Counseling, Integration, Multitheories, Depression

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อารมณ์ซึมเศร้าเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียของรัก หน้าที่การงาน หรืออวัยวะของร่างกาย ซึ่งมักแสดงออกโดย การซึมเฉย ร้องไห้ เฉื่อยชา เหม่อลอย หมกมุ่นคิดวนเวียน เรื่องเดิม ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และสนใจสิ่งรอบข้างน้อยลง โดยทั่วไป คนเราจะใช้เวลาหลายวันในการปรับตัวเพื่อลด อารมณ์ซึมเศร้านี้ให้น้อยลงหรือหมดไป ซึ่งเป็นกระบวนการ ธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับทุกคนในบางช่วงเวลาของชีวิต แต่เมื่อ อารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นและคงอยู่เป็นเวลานานเมื่อเปรียบเทียบ กับการสูญเสีย จนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน จะถือ ว่าเป็นความผิดปกติ ซึ่งอาการเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันเป็น เวลายาวนานหลายสัปดาห์จนถึงหลายปี จนเกิดเป็นโรคซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียน ครอบครัว และสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2556)

ปัจจุบันมีการรักษาอาการซึมเศร้าหลายวิธี ได้แก่ การรักษา ด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า จิตบำบัดต่าง ๆ เช่น การบำบัด การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (interpersonal therapy) การบำบัด ทางความคิด (cognitive therapy) การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy) และมีการบำบัด โดยใช้หลากหลายทฤษฎีมาบูรณาการกัน โดยวิธีบูรณาการ พหุทฤษฎี ดังงานวิจัยของ Stevens et al. (2012) ที่ได้ศึกษา การบูรณาการพหุทฤษฎีเพื่อบำบัดในคู่รักที่มีปัญหาทางอารมณ์ และมีอาการซึมเศร้าที่มารับการบำบัด พบว่า การบำบัดโดย ใช้วิธีบูรณาการพหุทฤษฎีทำให้ผู้ป่วยมีกลวิธีการเผชิญปัญหา มีการสร้างความสัมพันธ์ สามารถจัดการกับความเครียดได้ และมีภาวะซึมเศร้าลดลง

การปรึกษาแบบบูรณาการ (integrative counseling) เป็นรูปแบบการให้การปรึกษาอีกรูปแบบหนึ่งที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อแสวงหาแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ในการให้การปรึกษา (สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์, 2557) ซึ่งแนวโน้ม ทางจิตวิทยาการปรึกษาสมัยใหม่ได้มุ่งไปสู่การผสมผสาน ทางทฤษฎีและเทคนิคด้านการให้คำปรึกษามากขึ้น จะเห็นได้ว่า ปัจจุบัน นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตวิทยาคลินิก และนักจิตบำบัด ส่วนใหญ่มองตนเองว่าเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาหรือนักจิตบำบัด แบบผสมผสาน และเลือกใช้การปรึกษาและทำจิตบำบัดแบบ ผสมผสานเป็นวิธีการหลักในการช่วยเหลือผู้รับบริการ (Consoli & Jester, 2005, Norcross & Goldfried, 2005 อ้างถึง ในนันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์, 2557) เหตุผลส่วนหนึ่งเนื่องจาก ยังไม่มีทฤษฎีใดที่ถูกพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนว่าสามารถประยุกต์ ใช้ในการช่วยเหลือบุคคลทุกคนได้ดีกว่าทฤษฎีอื่น ดังนั้น การบูรณาการทางทฤษฎีการปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่นักจิตวิทยา การปรึกษาควรให้ความสนใจในการร่วมใช้ในการให้การปรึกษา (นิสรา คำมณี และวรากร ทรัพย์วิระปกรณ์, 2560)

การปรึกษาแบบพหุทฤษฎี (multitheoretical psychotherapy) ของ Brooks-Harris (2007) เป็นการให้ การปรึกษาอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการผสมผสานทฤษฎีที่ใช้เพื่อ การให้การปรึกษามาใช้ในการให้การปรึกษาผู้รับการปรึกษา ตามลักษณะปัญหาของแต่ละคน เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหา ได้ตรงกับปัญหาที่มีได้มากขึ้น ทั้งนี้ หลักการใช้การปรึกษาแบบ พหุทฤษฎีมีข้อตกลงเบื้องต้น 4 ประการ ได้แก่ 1) หลักการ สำคัญของบูรณาการทางจิตวิทยา 5 อย่าง (five principles for integrative psychotherapy) 2) ข้อตกลงการมีปฏิสัมพันธ์ ร่วมกัน (working interactively) 3) บริบทในการทำงาน (working contextually) และ 4) การวางแผนในการให้ การปรึกษาแบบบูรณาการ (integrative treatment planning) จากการศึกษาของ Devlin and Calley (2007) ที่ศึกษาการให้ การปรึกษารูปแบบต่าง ๆ ในการบำบัดครอบครัว พบว่าการใช้ การบูรณาการพหุทฤษฎีในการบำบัดครอบครัวให้ผลตอบสนอง ที่ดีกว่า และผู้บำบัดสามารถปรับรูปแบบการบำบัดครอบครัว หรือคู่รักได้ดีกว่าการยึดติดรูปแบบการบำบัดรูปแบบใดรูปแบบ หนึ่ง จึงเสนอไว้เป็นทางเลือกสำหรับนักจิตวิทยาในการบำบัด ครอบครัว และจากการศึกษาของ Harris, Kelley, and Shepard (2015) ที่ศึกษาการปรึกษาแบบพหุทฤษฎีใน

การบำบัดภาวะซึมเศร้า โดยศึกษาจากข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า จิตบำบัดแบบพหุทฤษฎีสำหรับบำบัดภาวะซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกันหลายวิธีการ ซึ่งแต่ละวิธีการก็มีประสิทธิภาพและมีความหลากหลาย โดยจิตบำบัดแบบพหุทฤษฎีได้อธิบายถึงการเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุด หรือการพิจารณาร่วมกันในการรักษาโดยอิงกับลักษณะและความพึงพอใจของผู้รับบริการ นอกจากนี้ การศึกษาของ McCarthy and Barber (2009) ได้กล่าวถึงการใช้การบูรณาการในการเลือกการบำบัด ซึ่งได้ค้นพบว่า แต่ละขั้นตอนของการประเมินผู้รับบริการและการบำบัดนั้น ได้มีการประเมินแบบบูรณาการเพื่อให้ครอบคลุมในทุกด้าน และนำมาวางแผนการบำบัด ซึ่งการประเมินแบบบูรณาการพหุทฤษฎีสามารถช่วยผู้บำบัดในการเลือกเครื่องมือการบำบัดได้ตรงกับประเด็นปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน และทำให้ผลการบำบัดดีขึ้น

จากประเด็นการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีหลากหลายวิธี ผู้วิจัยได้แสวงหาวิธีการบำบัดที่สามารถบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ตรงกับปัญหาของแต่ละคน จึงศึกษาวิธีการปรึกษาทางจิตวิทยาโดยอิงทฤษฎีต่าง ๆ ที่หลากหลาย ซึ่งแต่ละทฤษฎีมีข้อดีและข้อด้อยที่แตกต่างกัน เช่น ทฤษฎีปัญญานิยม มีข้อดี คือ การเน้นเรื่องความคิดที่บิดเบือน การให้ทบทวนความคิดความเชื่อ แต่มีข้อด้อย คือ ขาดการลงมือปฏิบัติจริง ส่วนทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีข้อดี คือ การเน้นเรื่องความรู้สึกอารมณ์ที่อ่อนไหว ทำให้สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม แต่มีข้อด้อย คือ การจัดการกับอารมณ์ที่มากเกินไป ขาดการลงมือปฏิบัติ หรือการจัดการปัญหาในชีวิตบางอย่างส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตตามมา สำหรับทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม มีข้อดี คือ การปรับทั้งความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม แต่มีข้อด้อย คือ การขาดการจัดการด้านอารมณ์ที่ชัดเจน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการปรึกษาที่อิงทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละคน ได้แก่ โปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (MTP) โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม (CT) โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม (EXP) และโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแต่ละทฤษฎี ซึ่งจะช่วยให้ผู้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถเลือกเทคนิคต่าง ๆ ในแต่และทฤษฎีมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าลดลง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการปรึกษากับระยะเวลา
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้า ระหว่างโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมกับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรึกษา ระหว่างโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม และโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ต่อภาวะซึมเศร้า เมื่อเวลาเปลี่ยนไป

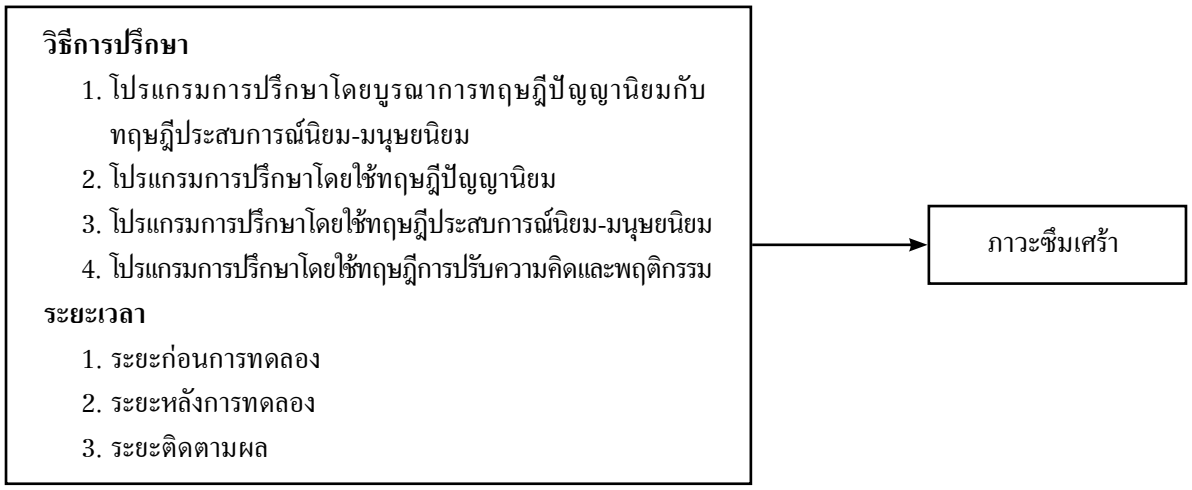
สมมติฐานการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการปรึกษากับระยะเวลา
2. ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม
3. ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการปรึกษารายบุคคล จำนวน 3 โปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม พัฒนาขึ้นตามหลักการปรึกษาแบบพหุทฤษฎีของ Brooks-Harris (2007) ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้น 4 ประการ ได้แก่ หลักการสำคัญของบูรณาการทางจิตวิทยา 5 อย่าง การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน

บริบทในการทำงาน และการวางแผนในการให้การปรึกษาแบบบูรณาการ 2) โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Beck (1995 as cited in Brooks-Harris, 2007) ซึ่งมีพื้นฐานความเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้ที่บิดเบือน ไม่ถูกต้อง และการเลือกสนใจแต่แง่ลบของเหตุการณ์ที่ไม่เป็นความจริง โดยมีวิธีการ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและค้นหาความคิดทางลบ แล้วปรับเปลี่ยนความคิดไปอีกทางที่ยืดหยุ่นและเป็นทางบวก 3) โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Greenberg and Paivio (1997 as cited in Brooks-Harris, 2007) เรื่องการให้ความสำคัญกับความรู้สึกและบทบาทของความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ของมนุษย์ โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมดังกล่าว กลุ่มละ 1 โปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ใช้ตามปกติ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) ชนิดสี่กลุ่ม วัดก่อน-หลังการทดลอง และติดตามผล (four groups, pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุอยู่ในช่วง 20-60 ปี 2) สามารถพูดและเขียนภาษาไทยได้ 3) มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck 4) ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) 5) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (mini-mental state examination: Thai version [MMSE-Thai 2002]) 6) ไม่มีอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบคัดกรองโรคจิต ของกรมสุขภาพจิต 7) ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง หรืออยากฆ่าตัวตาย 2) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 3) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 4) ขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 จากนั้นเปิดตาราง statistical power table (repeated ANOVA) ของ Kraemer and Theimann (1987 as cited in Burns & Grove, 2005) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน (กลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม) รวมจำนวน 40 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวน

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 12 คน รวมจำนวน 48 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม โดยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้นกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการปรึกษารายบุคคล จำนวน 4 โปรแกรม ดังนี้

1.1.1 โปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามหลักการปรึกษาแบบพหุทฤษฎีของ Brooks-Harris (2007) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์ตัวตน กิจกรรมที่ 3 การระบุความคิดและความรู้สึก กิจกรรมที่ 4 การสร้างความเข้าใจ กิจกรรมที่ 5 การยอมรับเพื่อปรับเปลี่ยน กิจกรรมที่ 6 การวางแผนในการปรับเปลี่ยน กิจกรรมที่ 7 การทดลองปรับเปลี่ยน กิจกรรมที่ 8 การทำความเข้าใจและยอมรับผลในการปรับเปลี่ยน และกิจกรรมที่ 9 การประเมินผลและให้กำลังใจ โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-60 นาที

1.1.2 โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Beck (1995 as cited in Brooks-Harris, 2007) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 อิทธิพลของความคิด และการจัดการ กิจกรรมที่ 3 ความเชื่อและการสำรวจความหมาย กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนช่วยเหลือ กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เฉพาะเจาะจงให้เหมาะสม กิจกรรมที่ 6 การเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ เป็นแรงผลักดันในชีวิต กิจกรรมที่ 7 การระดมสมอง กิจกรรมที่ 8 การให้ความรู้ด้านจิตวิทยา และกิจกรรมที่ 9 การประเมินผล โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-60 นาที

1.1.3 โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Greenberg and Paivio (1997 as cited in Brooks-Harris, 2007) เรื่องการให้ความสำคัญกับความรู้สึก และบทบาทของความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ของมนุษย์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การกระตุ้นและทำความเข้าใจอิทธิพลของความรู้สึก กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง กิจกรรมที่ 4 การสื่อสารด้วยการร่วมรู้สึกและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข กิจกรรมที่ 5 การให้การสนับสนุนด้วยความจริงแท้ กิจกรรมที่ 6 การบูรณาการตัวตน กิจกรรมที่ 7 การสนับสนุนให้ตระหนักรู้และการยอมรับอิสระและความรับผิดชอบ กิจกรรมที่ 8 การระลึกถึงข้อจำกัดที่มีอยู่ และกิจกรรมที่ 9 การประเมินผล โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-60 นาที

1.1.4 โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ใช้ตามปกติ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหา กิจกรรมที่ 2 การกำหนดหัวข้อพูดคุย กิจกรรมที่ 3 การตั้งเป้าหมายของการบำบัด กิจกรรมที่ 4 ตารางกิจกรรม กิจกรรมที่ 5 การบ้าน กิจกรรมที่ 6 การทดสอบความคิดอัตโนมัติ กิจกรรมที่ 7 การดัดแปลงความเชื่อ กิจกรรมที่ 8 การสิ้นสุดการบำบัด และกิจกรรมที่ 9 การประเมินผล โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-60 นาที

1.2 มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (subjective unit of distress scale SUDS]) ผู้วิจัยใช้มาตรวัดความเครียดที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ใช้ตามปกติ มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ผ่อนคลาย คะแนน 1 หมายถึง ตื่นตัวและมุ่งความสนใจได้ดี จนถึงคะแนน 10 หมายถึง รู้สึกไม่สบายสูงสุดเท่าที่เคยรู้สึก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ดังรายละเอียดในส่วนที่ 3

ชุดที่ 2 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต (2556) จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-52 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย (0 คะแนน) มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในระดับน้อย (1-8 คะแนน) มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) และมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง (17 คะแนนขึ้นไป)

ชุดที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2543) จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ เกณฑ์ผ่านแบ่งตามระดับการศึกษา โดยกลุ่มที่ไม่ได้เรียน (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 14 คะแนน (คะแนนเต็ม 23) กลุ่มที่เรียนระดับประถมศึกษา เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 17 คะแนน

(คะแนนเต็ม 30) และกลุ่มที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 22 คะแนน (คะแนนเต็ม 30)

ชุดที่ 4 แบบคัดกรองโรคจิต ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต (2556) ประกอบด้วยข้อคำถามจากการสัมภาษณ์ญาติ จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่ามีหรือไม่มี เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่า มี ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่า ไม่มี ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ไม่เป็นโรคจิต (0 คะแนน) และสงสัยว่าเป็นโรคจิต (1 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่มุกดา ศรียงค์ (ม.ป.ป. อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2546) แปลและปรับจาก Beck Depression Inventory (BDI-IA) ของ Beck ปี ค.ศ. 2007 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (0-10 คะแนน) อารมณ์แปรปรวนไปเล็กน้อย (11-16 คะแนน) เข้าข่ายมีอาการซึมเศร้าในทางคลินิก (17-20 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (31-40 คะแนน) และมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงมาก (41-63 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม และโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยนักจิตวิทยาคลินิก (3 คน) และจิตแพทย์ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .83, .93 และ .86 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว ราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมละ 1 คน โดยดำเนินกิจกรรมทั้ง 9 กิจกรรม และนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ - วันที่ 22 ธันวาคม 2560) และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 001 วันที่ 9 มกราคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นนักจิตวิทยา จำนวน 1 คน และพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านจิตเวช จำนวน 2 คน โดยทุกคนมีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 3 ปี และผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยนักจิตวิทยาทำหน้าที่ดำเนินการทดลองในโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม พยาบาลคนที่ 1 ทำหน้าที่ดำเนินการทดลองในโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ส่วนพยาบาลคนที่ 2 ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยทุกคน โดยให้นักจิตวิทยาสังเกตการณ์ในขณะที่ผู้วิจัยทดลองใช้โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมกับผู้ป่วย 1 คน จากนั้นให้ฝึกใช้โปรแกรมฯ กับผู้ป่วยอีก 1 คน และให้สอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมจนเข้าใจ ส่วนพยาบาลคนที่ 1 ผู้วิจัยให้สังเกตการณ์ในขณะที่ผู้วิจัยทดลองใช้โปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมกับผู้ป่วย 1 คน จากนั้นให้ฝึกใช้โปรแกรมฯ กับผู้ป่วยอีก 1 คน

และให้สอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมจนเข้าใจ สำหรับพยาบาลคนที่ 2 ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และให้ฝึกใช้แบบประเมินกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 3 คน

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลา 25-30 นาที รวมทั้งนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการปรึกษา

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการปรึกษา เป็นรายบุคคล โดยกลุ่มทดลอง 1 ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ดำเนินการโดยผู้วิจัย กลุ่มทดลอง 2 ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม ดำเนินการโดยผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นนักจิตวิทยา และกลุ่มทดลอง 3 ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม ดำเนินการโดยผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลคนที่ 1 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม ดำเนินการโดยนักจิตวิทยาของโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที (2 สัปดาห์ต่อกิจกรรม) หลังเข้าร่วมแต่ละกิจกรรม ผู้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเครียดโดยใช้มาตรวัดความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล

5. หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 9 ผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลคนที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะหลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 25 นาที

6. ภายหลังระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลคนที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะติดตามผล (follow up) โดยให้เวลาประมาณ 25 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของแต่ละกลุ่ม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA: one between-subjects variable and one within-subject variable โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี และ 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 เท่ากัน มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.20 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.80 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 85.40

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลอง 1 (ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม = กลุ่ม MTP) กลุ่มทดลอง 2 (ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม = กลุ่ม CT) กลุ่มทดลอง 3 (ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม = กลุ่ม EXP) และกลุ่มควบคุม (ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม = กลุ่ม CBT) ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT) กลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP) และกลุ่มควบคุม (กลุ่ม CBT) แต่กลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT) และกลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่ม CBT) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่มตัวอย่าง	n	ระยะก่อนการทดลอง		ระยะหลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
		M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
กลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP)	12	28.83	.94	9.92	.79	9.67	.49
กลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT)	12	29.08	.79	11.50	.67	12.08	1.00
กลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP)	12	28.83	.94	12.42	1.38	13.25	1.36
กลุ่มควบคุม (กลุ่ม CBT)	12	28.83	.94	10.75	.75	11.17	.83

3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการปรึกษากับระยะเวลา พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง (วิธีการปรึกษา) กับระยะเวลาการทดลอง (G x I) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน (G) และระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกัน (I) มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	*p*
ระหว่างกลุ่ม	139.88	47.00			
วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน (G)	81.61	3.00	27.20	20.539	< .001
ผลรวมกำลังสองของความเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม (SS w/ in groups)	58.27	44.00	1.32		
ภายในกลุ่ม	9,962.66	68.79			
ระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกัน (I)	9,862.18	1.43	6,881.26	7.453	< .001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง (G x I)	42.26	4.30	9.83	10.647	< .001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการทดลองกับผลรวมกำลังสองของความเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม (I x SS w/ in groups)	58.22	63.06	.92		

4. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	*p*
ระยะก่อนการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	.56	3.00	.18	.230	.875
ความคลาดเคลื่อน	35.91	44.00	.18		
ระยะหลังการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	40.89	3.00	13.63	15.347	< .001
ความคลาดเคลื่อน	39.08	44.00	.88		
ระยะติดตามผล					
ระหว่างกลุ่ม	82.41	3.00	27.47	29.127	< .001
ความคลาดเคลื่อน	41.50	44.00	.94		

5. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP) กับกลุ่มทดลองอื่นๆ และกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT) และกลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) แต่มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (กลุ่ม CBT) ส่วนระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT) กลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP) และกลุ่มควบคุม (กลุ่ม CBT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP) กับกลุ่มทดลองอื่นๆ และกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะก่อนการทดลอง			ระยะหลังการทดลอง			ระยะติดตามผล		
	MD	SE	*p*	MD	SE	*p*	MD	SE	*p*
กลุ่ม MTP - กลุ่ม CT	.000	.369	1.000	1.583	.385	.001	2.417	.396	< .001
กลุ่ม MTP - กลุ่ม EXP	.000	.369	1.000	2.500	.385	< .001	3.583	.396	< .001
กลุ่ม MTP - กลุ่ม CBT	.000	.369	1.000	.833	.385	.215	1.500	.396	.003

6. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP) กลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT) และกลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ระยะเวลา	MD	SE	*p*
กลุ่มทดลอง 1 (กลุ่ม MTP)			
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะหลังการทดลอง	18.91	.374	< .001
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	19.16	.387	< .001
กลุ่มทดลอง 2 (กลุ่ม CT)			
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะหลังการทดลอง	17.58	.374	< .001
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	17.00	.387	< .001
กลุ่มทดลอง 3 (กลุ่ม EXP)			
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะหลังการทดลอง	16.41	.374	< .001
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	15.53	.387	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง (วิธีการปรึกษา) กับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากในการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง สัมพันธภาพก็แตกต่างกัน สัมพันธภาพที่ดีส่งผลต่อผลของการให้การปรึกษา สัมพันธภาพแต่ละระยะจึงมีส่วนสำคัญในผลของการให้การปรึกษาที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละวิธีมีขั้นตอนในการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้นในการดำเนินกิจกรรม (สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์, 2557) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิสรา คำมณี และวรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ (2560) ที่พัฒนาการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมและทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ต้องขังหญิง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีสามารถช่วยเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตให้สูงขึ้นทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ส่วนระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่า การปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมสามารถลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมหรือทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมเพียงทฤษฎีเดียว เช่นเดียวกับการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรมซึ่งมีทฤษฎีทางการปรึกษาร่วมกันสองทฤษฎี ซึ่ง Brooks-Harris (2007) ได้กล่าวว่า การบูรณาการทฤษฎีนั้นเน้นให้ใช้ประโยชน์จากปรัชญาที่หลากหลายที่มีความแตกต่างกันมากกว่าการใช้ปรัชญาที่เหมือนกัน และมีการประยุกต์ใช้วิธีการที่หลากหลายมากกว่าการใช้วิธีการเดียว โดยการปรึกษาแบบบูรณาการจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถปรับตัวได้ในทุก ๆ มิติ เช่น ความสามารถในการคิด การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และการปรับความรู้สึกที่จะช่วยให้สามารถปรับใช้ได้กับทางร่างกาย ความสัมพันธ์

โครงสร้าง และวัฒนธรรม ซึ่งการปรึกษาแบบบูรณาการเป็นทฤษฎีและเทคนิควิธีที่ใช้ในการเลือกสรร วิเคราะห์ และสังเคราะห์จุดเด่นของทฤษฎีและเทคนิควิธีการปรึกษาต่าง ๆ เพื่อนำมาบูรณาการเข้าเป็นทฤษฎีและเทคนิควิธีการปรึกษาอีกทฤษฎีหนึ่ง การบูรณาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์, 2557) ซึ่งจุดมุ่งหมายหลักของการปรึกษาทุกทฤษฎี คือ การสร้างให้บุคคลมีความหวัง เพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อปรับปรุงชีวิตของเขาให้พึงประสงค์มากขึ้น ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 นักจิตวิทยา นักบำบัด และผู้ให้การปรึกษาทั้งหลาย ต่างยอมรับกันว่า การยึดอยู่กับทฤษฎีหลักเพียงทฤษฎีเดียวนั้นไม่เพียงพอต่อการทำจิตบำบัดและการปรึกษา ดังนั้น การบูรณาการจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องศึกษาและนำมาปฏิบัติต่อไป (Lazarus, 1967 อ้างถึงในสุรินทร์ สุทธิธาทิพย์, 2557) จะเห็นได้ว่า การให้การปรึกษาที่มีการบูรณาการหลากหลายทฤษฎีนั้น เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการได้ตรงประเด็น ซึ่งจะได้ผลการปรึกษาที่ดีกว่าการปรึกษาแบบใช้ทฤษฎีเดียว

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรึกษาแต่ละโปรแกรมสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้เช่นกัน สำหรับการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมนั้น สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Devlin and Calley (2007) ที่พบว่า การใช้การบูรณาการพหุทฤษฎีในการบำบัดครอบครัวให้ผลตอบสนองที่ดีกว่า และผู้บำบัดสามารถปรับรูปแบบการบำบัดครอบครัวหรือคู่รักได้ดีกว่าการยึดติดรูปแบบการบำบัดแบบใดแบบหนึ่ง จึงเสนอไว้เป็นทางเลือกสำหรับนักจิตวิทยาในการบำบัดครอบครัว และจากการศึกษาของ Harris, Kelley, and Shepard (2015) ที่พบว่า จิตบำบัดแบบพหุทฤษฎีสำหรับบำบัดภาวะซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกันหลายวิธีการ และแต่ละวิธีการก็มีประสิทธิภาพและมีความหลากหลาย จิตบำบัดแบบพหุทฤษฎีสำหรับภาวะซึมเศร้าได้อธิบายถึงการเลือกวิธีการที่เหมาะสม ส่วนการศึกษาของ McCarthy and Barber (2009) ได้กล่าวถึงการใช้การบูรณาการในการเลือกการบำบัด ซึ่งได้ค้นพบว่าแต่ละขั้นตอนของการประเมินผู้รับบริการและการบำบัดนั้น ได้มีการประเมินแบบบูรณาการเพื่อให้ครอบคลุมในทุกด้าน และนำมาวางแผนการบำบัด การประเมินแบบบูรณาการพหุทฤษฎีสามารถช่วยผู้บำบัดในการเลือกเครื่องมือการบำบัดได้ตรงกับประเด็นปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน และทำให้ผลการบำบัดดีที่สุด หรือมีการพิจารณาร่วมกันในการรักษาโดยอิงกับลักษณะและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ส่วนการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยมนั้น สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gloaguen, Cottraux, Cucherat, and Blackburn (1998) ที่ว่า การบำบัดทางปัญญามีพื้นฐานความเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้ที่บิดเบือน ไม่ถูกต้อง และการเลือกสนใจแต่แง่ลบของเหตุการณ์ที่ไม่เป็นความจริง วิธีการ คือ การช่วยให้บุคคลเข้าใจและค้นหาความคิดด้านลบ แล้วปรับเปลี่ยนความคิดไปอีกทางที่ยืดหยุ่นและเป็นทางบวก นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดทางปัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของกุลวดี ตนะทิพย์ และเพ็ญนภา กุลนภาดล (2558) ที่ศึกษาผลการปรึกษากลุ่มทฤษฎีปัญญานิยมต่อการติดการใช้งานเฟซบุ๊กของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล นักเรียนที่ได้รับการปรึกษามีการติดการใช้งานเฟซบุ๊กน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมนั้น สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทร์ ภูมิมาลา (2553) ที่ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดมนุษยนิยมที่มีต่อการรับรู้คุณความดีและความผาสุกทางจิตใจของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้คุณความดีและมีความผาสุกทางจิตใจสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทฤษฎีมนุษยนิยมนั้นให้ความสำคัญกับการเป็นมนุษย์ และมองมนุษย์ว่ามีคุณค่า มีความดีงาม มีความสามารถ มีความต้องการ และมีแรงจูงใจภายในที่จะพัฒนาศักยภาพของตน (ณัชชากัญญ์ วิรัตนชัยวรรณ, 2555)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดภาวะซึมเศร้าควรนำโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม

ตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน โดยเน้นการบำบัดที่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ละคน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาโดยบูรณาการทฤษฎีปัญญานิยมกับทฤษฎีประสบการณ์นิยม-มนุษยนิยมต่อการลดภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2556). *ข้อมูลการบริการผู้ป่วยจิตเวชของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก http://www.dmhmoph.go.th/report/opulation/pop.as

กุลวดี ตนะทิพย์, และเพ็ญนภา กุลนภาดล. (2558). ผลการปรึกษากลุ่มทฤษฎีปัญญานิยมต่อการติดการใช้งานเฟซบุ๊กของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา, 13*(1), 108-117.

ณัชชากัญญ์ วิรัตนชัยวรรณ. (2555). *ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคการสืบเสาะหาความรู้ (5E) เพื่อพัฒนาทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ จิตวิทยา และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิทยาศาสตร์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.

นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์. (2557). จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสาน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 22*(2), 103-114.

นิสรา คำมณี, และวรากร ทรัพย์วิระปกรณ์. (2560). การพัฒนาการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมและทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ต้องขังหญิง ในทัณฑสถานหญิง. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 25*(48), 59-77.

ลัดดา แสนสีหา. (2546). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิรินทร์ ภูมิมาลา. (2553). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดมนุษยนิยมที่มีต่อการรับรู้คุณความดีและความผาสุกทางจิตใจของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา. *มนุษยศาสตร์สาร, 12*(1), 89-103.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2543). *โครงการสำรวจภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์. (2557). *เอกสารประกอบการสอนเรื่องการบูรณาการทางการปรึกษาและการบำบัดทางจิตวิทยา*. ชลบุรี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

Brooks-Harris, J. E. (2007). *Integrative multitheoretical psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.

Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.

Devlin, J. M., & Calley, T. (2007). Applying multitheoretical psychotherapy integration to family therapy. *The Family Journal, 15*(4), 387-391.

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders, 49*(1), 59-72.

Harris, J. E., Kelley, L. J., & Shepard, L. M. (2015). Multitheoretical psychotherapy for depression: Integrating strategies from evidence-based practices. *Journal of Psychotherapy Integration, 25*(4), 353-367.

McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2009). The multitheoretical list of therapeutic interventions (MULTI): Initial report. *Psychotherapy Research, 19*(1), 96-113.

Stevens, M. C., Lovejoy, D., Kim, J., Oakes, H., Kureshi, I., & Witt, S. T. (2012). Multiple resting state network functional connectivity abnormalities in mild traumatic brain injury. *Brain Imaging and Behavior, 6*(2), 293-318.

ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นด้วยเทคนิคสโนซีเล็นในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

Effects of Development Promotion Based on Snoezelen Techniques in Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Child, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital

ดารินทร์ สิงห์สาธร, วท.บ. (กิจกรรมบำบัด) [1]
Darin Singsathorn, B.Sc. (Occupational Therapy) [1]
วุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์, พ.บ. (เวชศาสตร์ฟื้นฟู) [2]
Wuttichai Permsirivanich, M.D. (Physical Medicine and Rehabilitation) [2]
วันเพ็ญ สุขส่ง, วท.ม. (ส่งเสริมสุขภาพ) [3]
Wanpen Suksong, M.Sc. (Health Promotion) [3]

Received: September 4, 2019 Revised: May 8, 2020 Accepted: May 12, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นด้วยเทคนิคสโนซีเล็น กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวนกลุ่มละ 24 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แผนการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิคสโนซีเล็น อุปกรณ์ในห้องฝึกด้วยเทคนิคสโนซีเล็น แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น แบบประเมินพัฒนาการเด็ก แบบประเมินการบูรณาการประสาทรับความรู้สึก มีค่าความเชื่อมั่น .91 แบบบันทึกพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้น และแบบบันทึกพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2561 ถึงเดือนสิงหาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ($t = 7.399$, $p < .001$) ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ($t = 6.868$, $p < .001$) ด้านความเข้าใจและการสื่อสาร ($t = 7.439$, $p < .001$) ด้านกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเอง ($t = 5.412$, $p < .001$) และด้านสังคม อารมณ์ และพฤติกรรม ($t = 6.261$, $p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกทั้ง 6 ด้าน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อการถูกสัมผัส ($t = 6.660$, $p < .001$) ด้านการรักษาสมดุลของร่างกาย ($t = 6.191$, $p < .001$) ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงท่า (เอ็น ข้อต่อ) ($t = 6.112$, $p < .001$) ด้านการมองเห็น ($t = 6.886$, $p < .001$) ด้านการได้ยิน ($t = 8.379$, $p < .001$) และด้านการรับรสและกลิ่น ($t = 8.008$, $p < .001$)

[1] นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
[1] Occupational Therapist, Senior Professional Level, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: 3458darin@gmail.com
[2] นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
[2] Medical Doctor, Expert Level, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
[3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำแผนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นด้วยเทคนิคสโนซีเล็นไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นหรือเด็กพิเศษประเภทอื่น

คำสำคัญ: การส่งเสริมพัฒนาการ เด็กสมาธิสั้น เทคนิคสโนซีเล็น

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine effects of development promotion based on Snoezelen Techniques in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) child. The samples consisted of 24 ADHD child and their parents receiving services at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. The research instruments were composed of the development promotion plan based on Snoezelen Techniques, the equipment based on sensory stimulation with Snoezelen Techniques, the demographic questionnaire, the assessment form of basic development, the assessment form of integration of sensory processing with the reliability of .91, the record form of ADHD child unwanted behaviors, and the record form of ADHD child home behaviors. The implementation and data collection were conducted from December, 2018 to August, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The research results revealed that at the 9th-month after receiving development promotion based on Snoezelen Techniques, ADHD child had statistically significant higher mean scores of five subscales of development than those before receiving development promotion: gross motor skills ($t = 7.399$, $p < .001$); fine motor and coordination skills ($t = 6.868$, $p < .001$); receptive language and communication ($t = 7.439$, $p < .001$); daily living and self-care activities ($t = 5.412$, $p < .001$); and social, emotional and behavioral skills ($t = 6.261$, $p < .001$). Additionally, it was found that at the 9th-month after receiving development promotion, ADHD child had statistically significant lower mean scores of six subscales of integration of sensory processing than those before receiving development promotion: tactile response ($t = 6.660$, $p < .001$); keep balance ($t = 6.191$, $p < .001$); movement and vestibular ($t = 6.112$, $p < .001$); visual ($t = 6.886$, $p < .001$); auditory ($t = 8.379$, $p < .001$); and gustatory and olfactory ($t = 8.008$, $p < .001$).

This research suggests that health care providers should apply the development promotion plan based on Snoezelen Techniques for promoting development among ADHD child together with others special child.

Keywords: Development promotion, ADHD child, Snoezelen Techniques

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit hyperactivity disorder [ADHD]) เป็นโรคที่เกิดจากพัฒนาการที่บกพร่องของสมอง (neurodevelopmental disorder) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนรู้ และการเข้าสังคมกับผู้อื่นจากการตรวจทางรังสีวิทยาพบว่า ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีความผิดปกติของสมองบริเวณ prefrontal cortex, basal ganglia และ cerebellum รวมทั้งมีปริมาตรรวมของสมองน้อยกว่าเด็กปกติ และพบว่ามีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของ dopamine และ noradrenaline ในวงจรที่เชื่อมต่อระหว่าง prefrontal

cortex และ striatum ทำให้เกิดความบกพร่องของ executive function ลักษณะทางคลินิกของโรคสมาธิสั้นเป็นผลมาจากความผิดปกติทางวุฒิภาวะของ executive function ของสมอง ทำให้ขาดการยับยั้งตนเอง ไม่สามารถจำสิ่งที่ตั้งใจไว้หรือไม่สามารถจำข้อมูลหลายอย่างในขณะเดียวกันได้ ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจด้วยตนเอง และไม่สามารถวางแผนอย่างเป็นขั้นตอนได้ดี (Tripp & Wickens, 2009)

อุบัติการณ์ของโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก พบประมาณร้อยละ 5.29 (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007) ส่วนในประเทศไทย พบเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี เป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.40 โดยคาดว่าทั่วประเทศมีเด็กสมาธิสั้นจำนวน 437,136 คน แต่ยังเข้าถึงบริการรักษาน้อยมาก ดังข้อมูลในปี พ.ศ. 2560 ที่พบว่ามีเด็กสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาเพียงร้อยละ 10.55 โรคนี้พบอาการตั้งแต่วัยเด็ก โดยเฉพาะเด็กวัยเรียน เด็กจะขาดสมาธิ ซน ไม่อยู่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งผู้ปกครองมักเข้าใจผิดว่าเป็นเด็กดื้อเด็กซนปกติทั่วไป คิดว่าเมื่อเด็กโตขึ้นจะหายได้เอง จึงไม่พาเข้ารับการรักษา ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการเรียนและเกิดโรคทางอารมณ์และพฤติกรรมสูงกว่าเด็กทั่วไป เสี่ยงต่อการก่อปัญหาสังคม โดยเฉพาะปัญหาความรุนแรง อาชญากรรม และยาเสพติด เมื่อโตขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2561) จากสถิติของงานกิจกรรมบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่า ในช่วงปีงบประมาณ 2559-2561 มีผู้ป่วยเด็กรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 52 คน 82 คน และ 109 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 4.79, 11.18 และ 13.15 ของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการกิจกรรมบำบัดทั้งหมด ตามลำดับ โดยจัดเป็นอันดับ 1-5 ของโรคที่พบบ่อยในงานกิจกรรมบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการของโรงพยาบาล (งานเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2561) ซึ่งแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี

พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นส่งผลให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนรอบข้าง ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน เด็กมักก่อความไม่สงบในห้องเรียน ไม่ทำตามกฎระเบียบ พูดแทรก มีคุณภาพของงานไม่ดี ไม่เรียบร้อย สลับขั้นตอน การวางแผนการทำงานไม่ดี ซึ่งการที่เด็กไม่ค่อยพบความสำเร็จในการเรียนและการเล่น ทำให้มีพื้นฐานอารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ ส่วนด้านพฤติกรรมนอกห้องเรียนเด็กจะไม่อยู่นิ่ง ยับยั้งตนเองได้น้อย เล่นแรง ทำให้ผู้ปกครองยอมรับพฤติกรรมเด็กไม่ได้ มักหงุดหงิด บ่น และดุซ้ำ ๆ กับเด็ก (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) โดยครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นมักมีความเครียดในครอบครัวระดับสูง การดำเนินชีวิตในครอบครัวขาดความสงบสุข เกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีปัญหา (Frisch, 2011) และครอบครัวที่มีบุตรสมาธิสั้นที่อยู่ในวัยก่อนเรียน มักขาดการฝึกระเบียบวินัย การแก้ไขปัญหาของบิดามารดามีประสิทธิภาพน้อย การสื่อสารระหว่างเด็กกับบิดาต่ำ (Townsend, 2005) พบความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับเด็กในลักษณะขัดแย้ง วิธีการจัดการของบิดามารดาไม่มีประสิทธิภาพ ระดับความเครียดของบิดามารดาสูง มีภาวะซึมเศร้า ความพอใจในความเป็นบิดามารดาต่ำ และมีความขัดแย้งระหว่างพี่น้อง จะเห็นได้ว่า โรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในครอบครัวที่บิดามารดาหรือผู้ดูแลไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากลักษณะพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงดู ขาดการฝึกระเบียบวินัย ขาดความรับผิดชอบ มีการลงโทษที่รุนแรงและไม่เหมาะสม ไม่มีกฎเกณฑ์ในครอบครัว

การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การรักษาโดยการใช้ยา เพื่อให้เด็กมีสมาธิในการเรียนได้นานขึ้น โดยการวินิจฉัยและให้การรักษาโดยจิตแพทย์ การบำบัดด้านจิตสังคม ประกอบด้วย การช่วยเหลือครอบครัว การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้เข้าใจการดำเนินของโรคและข้อจำกัดของเด็ก การฝึกบิดามารดาหรือผู้ดูแลในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กที่บ้าน โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ขัดขวางการเรียนรู้ และการช่วยเหลือที่โรงเรียน หรือการรักษาแบบ multiple-modality approach อันเป็นการผสมผสานการรักษาโดยการใช้ยาร่วมกับการรักษาด้านจิตสังคม ซึ่งนับเป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด (พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, และประกอบ ขันทอง, 2552) บทบาทของบิดามารดาหรือผู้ดูแลในการจัดการกับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากขาดความรู้ ความเข้าใจในโรคและการดำเนินของโรค จะทำให้เด็กมีปัญหาพัฒนาการด้านต่าง ๆ ซึ่งส่งผลเสียตามมามากมาย

การบำบัดฟื้นฟูเด็กสมาธิสั้นในปัจจุบันมีหลากหลายวิธี ผู้วิจัยหลักในฐานะนักกิจกรรมบำบัดที่ปฏิบัติงานด้านการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพิเศษของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และมีหน้าที่รองในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กพิเศษทุกประเภท ประกอบกับโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ได้รับงบประมาณจากรัฐบาลในการจัดสร้างห้องกระตุ้นพัฒนาการด้วยเทคนิคสโนซีเล็น (Snoezelen Techniques) จำนวน 1 ห้อง และห้องแก้ไขการพูด จำนวน 1 ห้อง ในปีงบประมาณ 2560 โดยงานกิจกรรมบำบัดและกระตุ้นพัฒนาการได้นำเทคนิคสโนซีเล็นมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ให้แก่เด็กพิเศษทุกประเภท และผู้ป่วยกลุ่มอื่น คณะผู้วิจัยจึงมี

ความสนใจที่จะศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นด้วยเทคนิคสโนซีเล็น โดยเน้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นพื้นฐานในการนำเทคนิคสโนซีเล็นไปใช้กับเด็กสมาธิสั้นในบริบทต่าง ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

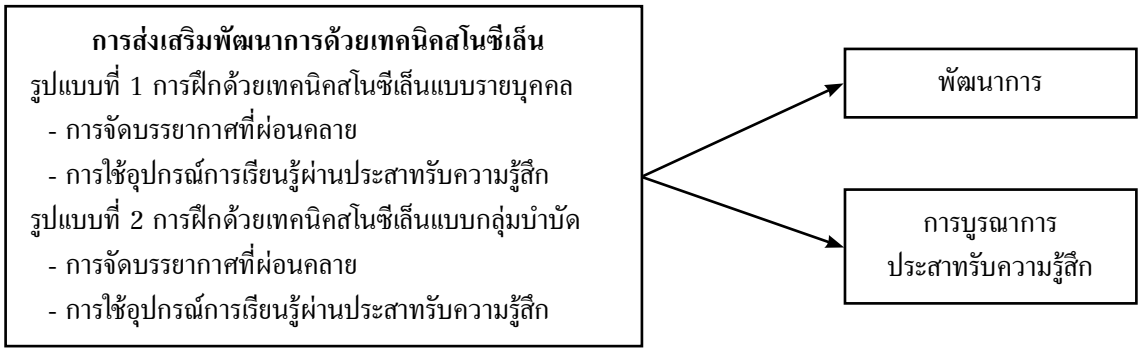
1. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 และระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 6 กับเดือนที่ 9
2. เพื่อเปรียบเทียบการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองเดือนที่ 5 และเดือนที่ 9 และระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 5 กับเดือนที่ 9

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองเดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสูงกว่าหลังการทดลองเดือนที่ 3
3. หลังการทดลองเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสูงกว่าหลังการทดลองเดือนที่ 6
4. หลังการทดลองเดือนที่ 5 และเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกต่ำกว่าก่อนการทดลอง
5. หลังการทดลองเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกต่ำกว่าหลังการทดลองเดือนที่ 5

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยนำแนวคิดสโนซีเล็นตามคู่มือการปฏิบัติของเทียม ศรีคำจักร์ และสายฝน ซาวล้อม (2550) มาใช้ โดยเทคนิคสโนซีเล็น (Snoezelen Techniques) เป็นการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย ด้วยสิ่งกระตุ้นทางประสาทรับความรู้สึกขั้นพื้นฐานทั้ง 7 ได้แก่ การมองเห็น (visual) การได้ยิน (auditory) การได้กลิ่น (olfactory) การรับรส (gustatory) กายสัมผัส (tactile) การรับรู้เอ็น กระดูกและข้อต่อ (proprioceptive) และการทรงตัว (vestibular) สาระสำคัญของสิ่งแวดล้อมแบบสโนซีเล็น คือ การช่วยให้บุคคลมีเวลา มีพื้นที่ และมีโอกาสได้เลือกสรรสิ่งกระตุ้นที่ตนมีความชอบและความถนัด โดยไม่มีกฎเกณฑ์บีบบังคับ สภาพแวดล้อมเช่นนี้จะช่วยให้บุคคลได้สัมผัสถึงความรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย และได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ แนวคิดด้านประสาทวิทยามองว่าการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกต่าง ๆ ด้วยเทคนิคสโนซีเล็นยังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการต่าง ๆ ภายในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการตื่นตัว ผ่อนคลาย โดยมีกลไกการตอบสนองของร่างกายให้มีการลดระดับของสารก่อความเครียด และเพิ่มระดับของสารที่ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ส่งผลบวกในด้านการควบคุมตนเอง ช่วงความสนใจและสมาธิ และแรงจูงใจ (เทียม ศรีคำจักร์ และสายฝน ซาวล้อม, 2550) ทั้งนี้ หลังการใช้เทคนิคสโนซีเล็นคาดว่าเด็กสมาธิสั้นจะมีพัฒนาการและการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกที่ดีและเหมาะสมยิ่งขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการคัดกรองและตรวจวินิจฉัยโดยกุมารแพทย์ด้านพัฒนาการ/จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในช่วงเดือนธันวาคม 2561 ถึงเดือนสิงหาคม 2562 จำนวน 35 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุอยู่ในช่วง 2-10 ปี (ช่วงพัฒนาการเด็กปฐมวัยถึงวัยเด็กตอนกลาง) และไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน (mixed type 10 คน hyperactivity type 9 คน และ inattention type 5 คน) และกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอนและขอถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการของ Polit and Hungler (1999) ที่ระบุว่า การวิจัยกึ่งทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่าง 20-30 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 แผนการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิคสโนซีเล็น คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามคู่มือการปฏิบัติของเทียม ศรีคำจักร์ และสายฝน ซาวล้อม (2550) ประกอบด้วยกิจกรรม 2 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การฝึกด้วยเทคนิคสโนซีเล็นแบบรายบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที โดยให้เด็กสมาธิสั้นเข้าห้องสโนซีเล็นแบบรายบุคคล และให้เล่นอิสระตามอุปกรณ์ที่จัดชุดไว้เป็นสิ่งแวดล้อม จำนวน 10 ชิ้น โดยทำการฝึกและสังเกตพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็ก

ช่วงที่ 2 ใช้เวลา 20 นาที โดยทำการนวดตัวเด็กสมาธิสั้นด้วยบอลนิ่ม โดยเน้นการนวดแขน ขา และลำตัว พร้อมทั้งขยับข้อต่อของร่างกาย เพื่อเตรียมความพร้อมในกิจกรรมการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดใหญ่ตามคำสั่ง จากนั้นให้เด็กเดินทรงตัวบนสะพานเตี้ย 10 เซนติเมตร และสะพานสูง 1 ฟุต ยาว 2 เมตร และกระโดดบนแทรมโพลีน เพื่อเก็บบอลและแยกสี รวมทั้งแยกรูปทรงและสีของสัตว์ ผลไม้ สิ่งของ ตัวเลข ตัวอักษร ตามพัฒนาการ โดยทำการฝึกและสังเกตพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็ก

ช่วงที่ 3 ใช้เวลา 20 นาที โดยให้เด็กสมาธิสั้นทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดเล็ก ได้แก่ กิจกรรมฉีก แปะ ตัดกระดาษ กิจกรรมนวด ดึง กด คลึงดินน้ำมัน และแป้งโดว์ กิจกรรมร้อยลูกปัดขนาดกลม 1.50 เซนติเมตร และขนาด 3-5 เซนติเมตร โดยทำการฝึกและสังเกตพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็ก จากนั้นบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตในช่วงที่ 1-3 ในแบบบันทึกพฤติกรรม

รูปแบบที่ 2 การฝึกด้วยเทคนิคสโนซีเล็นแบบกลุ่มบำบัด เพื่อฝึกความคงทนของสมาธิและการควบคุมตนเองของเด็กสมาธิสั้น และฝึกการรอคอย รวมถึงการควบคุมและกำกับตนเองในเหตุการณ์ที่ต้องมีการแบ่งปันและปฏิสัมพันธ์กับเด็กอื่นในห้องฝึก รวมถึงความทนทานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที โดยให้เด็กเข้าห้องสโนซีเล็นแบบกลุ่มบำบัด ครั้งละ 8 ครอบครัว (เด็กสมาธิสั้น 8 คน และผู้ปกครอง 8 คน) ให้เด็กเล่นอิสระตามอุปกรณ์ที่จัดชุดไว้เป็นสิ่งแวดล้อม จำนวน 10 ชิ้น โดยทำการฝึกและสังเกตพฤติกรรมของเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งให้ผู้ปกครองสังเกตพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็ก

ช่วงที่ 2 ใช้เวลา 35 นาที โดยทำการนวดตัวเด็กด้วยบอลนิ่ม โดยเน้นการนวดแขน ขา และลำตัว รวมทั้งขยับข้อต่อของร่างกาย เพื่อเตรียมความพร้อมในกิจกรรมการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดใหญ่ตามคำสั่ง จากนั้นให้เด็กเดินทรงตัวบนสะพานเตี้ย 10 เซนติเมตร และสะพานสูง 1 ฟุต ยาว 2 เมตร และกระโดดบนแทรมโพลีน เพื่อเก็บบอลและแยกสี รวมทั้งแยกรูปทรงและสีของสัตว์ ผลไม้ สิ่งของ ตัวเลข ตัวอักษร ตามพัฒนาการ โดยทำการฝึกและสังเกตพฤติกรรมของเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งให้ผู้ปกครองสังเกตพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็ก

ช่วงที่ 3 ใช้เวลา 35 นาที โดยให้เด็กสมาธิสั้นทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดเล็ก ได้แก่ กิจกรรมฉีก แปะ ตัดกระดาษ กิจกรรมนวด ดึง กด คลึงดินน้ำมัน และแป้งโดว์ กิจกรรมร้อยลูกปัดขนาดกลม 1.50 เซนติเมตร และขนาด 3-5 เซนติเมตร โดยทำการฝึกและสังเกตพฤติกรรมของเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งให้ผู้ปกครองสังเกตพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็ก และให้บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต

ในช่วงที่ 1-3 ในแบบบันทึกพฤติกรรม

1.2 อุปกรณ์ในห้องฝึกด้วยเทคนิคสโนซีเล็น มีดังนี้

1.2.1 Super Safe Plastic Fiber Optic คือ ออฟติคไฟเบอร์ ช่วยกระตุ้นสายตาด้วยสี และกระตุ้นสัมผัสด้วยการกำ ดึง ลูบ กด กอด

1.2.2 Musical Water Bed Single คือ เตียงน้ำ ช่วยกระตุ้นด้วยการสั่นสะเทือนทั้งท่านอนและท่านั่งผ่านข้อต่อและการเคลื่อนไหวแบบกระโดด คลาน กลิ้ง หรือคืบ

1.2.3 Musical Hopscotch Pad 8 สี คือ ตัวกระโดดตามจุด มีทั้งแบบกระโดด 2 ขา และกระโดดขาเดียว หรือกระโดดสลับขา เพื่อฝึกการทรงตัวและสหสัมพันธ์ของขาและตา ฝึกสมาธิในการเคลื่อนย้ายร่างกาย รวมถึงใช้การมองเห็นสีเป็นตัวนำ

1.2.4 Musical Positioning Cushion คือ ถุงมีเสียงดนตรีบรรจุด้านในแกนกลาง ใช้การฟัง โดยกดแนบหูกับพื้นสัมผัสของถุง จะเกิดการสั่นสะเทือนและเกิดเสียงเพลง ใช้ฝึกสมาธิและการฟัง

1.2.5 ซีดีเพลง มีจังหวะดนตรีหลายแบบ ทั้งแบบบรรเลงผ่อนคลาย แบบเพลงกล่อมเด็กนอน และแบบเร้าให้ตื่นตัว จังหวะเร็ว ใช้ฝึกการฟังและสมาธิผ่านเสียงเพลง

1.2.6 Bubble Tube คือ บั๊บเบิ้ลทิ้วบ์ เป็นอุปกรณ์ท่อน้ำในแนวตั้ง 2 ท่อ บรรจุบอลหลากสีและสัตว์ทะเลหลายชนิด เคลื่อนไหวขึ้นลง และกดเปลี่ยนสีได้ ใช้ฝึกการจ้องมอง

1.2.7 Interactive Carpet Space Walk คือ พรมอวกาศ ใช้สำหรับกระตุ้นสายตาผ่านการมองเห็นและใช้เท้าหรือมือในการกด สัมผัสบนพื้นพรม ก็จะเกิดแสงไฟขึ้นและใช้ร่วมกับการฝึกรอคอย ฝึกทำตามคำสั่ง และฝึกกระโดดบนพรมอวกาศ

1.2.8 Snoezelen LED Projector Starter ใช้สำหรับฉายภาพในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้เด็กเกิดความสนใจ รวมถึงมีเสียงดนตรีและการใช้แผ่นเลเซอร์ในการเปลี่ยนภาพและเสียงต่าง ๆ ตามความสนใจของเด็ก ทั้งแบบภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว

1.2.9 Aromatherapy Kit คือ เซ็ตกลิ่นน้ำหอมอโรม่า มี 10 กลิ่น โดยสามารถเลือกใช้ได้ตามการประเมินในแต่ละเคส แต่ละกลุ่มบำบัด โดยประเมินตามสถานการณ์ กล่าวคือ ประเมินตามพฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึกของเด็ก รวมทั้งประเมินภาวะการแสดงออกของเด็ก และช่วงสมาธิและการเคลื่อนไหว

1.2.10 เครื่องฉายภาพเคลื่อนไหวรอบห้อง 360 องศา ใช้สำหรับฉายภาพนิ่งที่เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับบรรยากาศในท้องทะเล ภาพป่าไม้ ภาพภูเขา ภาพน้ำตก เพื่อให้เป็นองค์ประกอบร่วมกับเสียงเพลง โดยเน้นการใช้สายตาในการจ้องมอง ร่วมกับเสียงดนตรีที่ทำให้ผ่อนคลาย

1.3 แบบบันทึกพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้น คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้ผู้วิจัยหลักบันทึกพฤติกรรมของเด็กในการฝึกแบบรายบุคคล และสำหรับให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นบันทึกพฤติกรรมของเด็กในการฝึกแบบกลุ่มบำบัด ประกอบด้วยพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เช่น พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าว ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำลายข้าวของ

1.4 แบบบันทึกพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นบันทึกพฤติกรรมของเด็กที่บ้าน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ชอบ 1-3 อย่าง หนังสือที่ชอบ รายการโทรทัศน์ที่ชอบ เกมที่ชอบเล่น ของที่ชอบเล่น เสียงที่ชอบ/ไม่ชอบ/กลัว ความถี่ในการเดินเขย่งเท้า และสัมผัสที่ชอบ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้ผู้ปกครองตอบ โดยข้อมูลของเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศและอายุ ส่วนข้อมูลของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และการศึกษา รวมจำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพัฒนาการเด็ก คณะผู้วิจัยใช้แบบประเมินพัฒนาการ ของโรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต (2540) มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .70-.90 แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ จำนวน 5 ข้อ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก จำนวน 5 ข้อ ด้านความเข้าใจและการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ด้านกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเอง จำนวน 5 ข้อ และด้านสังคม อารมณ์ และพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าทำได้หรือทำไม่ได้ หากตอบว่า ทำได้ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่า ทำไม่ได้ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมแต่ละด้านอยู่ในช่วง 0-5 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง เด็กมีพัฒนาการไม่ดี และคะแนนรวมมาก หมายถึง เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น

ชุดที่ 3 แบบประเมินการบูรณาการประสาทรับความรู้สึก คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2557) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อการถูกสัมผัส จำนวน 21 ข้อ ด้านการรักษาสมดุลของร่างกาย จำนวน 14 ข้อ ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงท่า (เอ็น ข้อต่อ) จำนวน 12 ข้อ ด้านการมองเห็น จำนวน 13 ข้อ ด้านการได้ยิน จำนวน 10 ข้อ และด้านการรับรสและกลิ่น จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 75 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่บ่งบอกพฤติกรรมการแสดงออกที่น้อยเกินไป/มากเกินไป และข้อคำถามที่บ่งบอกพฤติกรรมการแสดงออกที่พอดี มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ของข้อคำถามที่บ่งบอกพฤติกรรมการแสดงออกที่น้อยเกินไป/มากเกินไป ได้แก่ ไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเลย แสดงพฤติกรรมน้อยมาก แสดงพฤติกรรมเป็นบางครั้ง แสดงพฤติกรรมบ่อย ๆ และแสดงพฤติกรรมเป็นประจำสม่ำเสมอ ส่วนข้อคำถามที่บ่งบอกพฤติกรรมการแสดงออกที่พอดีให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมแต่ละด้านมีดังนี้ ด้านการตอบสนองต่อการถูกสัมผัส อยู่ในช่วง 0-84 คะแนน ด้านการรักษาสมดุลของร่างกาย อยู่ในช่วง 0-56 คะแนน ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงท่า (เอ็น ข้อต่อ) อยู่ในช่วง 0-48 คะแนน ด้านการมองเห็น อยู่ในช่วง 0-52 คะแนน ด้านการได้ยิน อยู่ในช่วง 0-40 คะแนน และด้านการรับรสและกลิ่น อยู่ในช่วง 0-20 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง เด็กมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้เหมาะสม และคะแนนรวมมาก หมายถึง เด็กมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้ไม่เหมาะสม

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยกุมารแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และพยาบาลดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้น ที่คลินิกกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 17 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย (เอกสารรับรอง เลขที่ 035/2561 วันที่ 14 ธันวาคม 2561) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
2. คณะผู้วิจัยพบเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)
3. คณะผู้วิจัยประเมินพัฒนาการ และการบูรณาการประสาทรับความรู้สึก ของเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลอง (pre-test) แล้วให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยให้เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นนัดหมายผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิคสโนซีเล็น
4. คณะผู้วิจัยจัดให้เด็กสมาธิสั้นเข้าร่วมการฝึกด้วยเทคนิคสโนซีเล็นแบบรายบุคคล ที่ห้องกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 9 เดือน โดยผู้วิจัยหลักบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กในแบบบันทึกพฤติกรรม และจัดให้เด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นเข้าร่วมการฝึกด้วยเทคนิคสโนซีเล็นแบบกลุ่มบำบัด ครั้งละ 8 ครอบครัว (เดือนละ 3 ครั้ง) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที (เวลา 13.00-14.30 น.) เป็นเวลา 9 เดือน ที่ห้องกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาล โดยผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กในแบบบันทึกพฤติกรรม จากนั้นขอให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นบันทึกพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่บ้านในแบบบันทึก
5. หลังการทดลองเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 คณะผู้วิจัยประเมินพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น (post-test)
6. หลังการทดลองเดือนที่ 5 และเดือนที่ 9 คณะผู้วิจัยประเมินการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกของเด็กสมาธิสั้น (post-test)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2561 ถึงเดือนสิงหาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วน

การเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 และระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 6 กับเดือนที่ 9 และการเปรียบเทียบการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองเดือนที่ 5 และเดือนที่ 9 และระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 5 กับเดือนที่ 9 วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น พบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 91.67 มีอายุต่ำสุด 2 ปี และอายุสูงสุด 9 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 4.33 ปี (*SD* = 1.77) ส่วนผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีอายุเฉลี่ย 32.33 ปี (*SD* = 5.81) และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อนุปริญญามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.17

2. การเปรียบเทียบพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (ด้านที่ 1) และด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก (ด้านที่ 2) ของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 และระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 6 กับเดือนที่ 9 พบว่า หลังการทดลองเดือนที่ 6 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านที่ 1 และด้านที่ 2 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.623$, $p < .001$ และ $t = 3.140$, $p < .01$ ตามลำดับ) หลังการทดลองเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านที่ 1 และด้านที่ 2 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.399$, $p < .001$ และ $t = 6.868$, $p < .001$ ตามลำดับ) หลังการทดลองเดือนที่ 6 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านที่ 1 และด้านที่ 2 สูงกว่าหลังการทดลองเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.846$, $p < .01$ และ $t = 2.892$, $p < .01$ ตามลำดับ) หลังการทดลองเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านที่ 1 และด้านที่ 2 สูงกว่าหลังการทดลองเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.978$, $p < .001$ และ $t = 5.438$, $p < .001$ ตามลำดับ) และหลังการทดลองเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านที่ 1 และด้านที่ 2 สูงกว่าหลังการทดลองเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.584$, $p < .05$ และ $t = 3.122$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 และระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 6 กับเดือนที่ 9 (n = 24)

พัฒนาการ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเดือนที่ 3	หลังการทดลองเดือนที่ 6	หลังการทดลองเดือนที่ 9	*t*	*p*
	M (SD)	*M (SD)*	*M (SD)*	*M (SD)*		
ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่	1.83 (.56)	2.12 (.79)	-	-	1.904	.700
	1.83 (.56)	-	2.54 (.83)	-	4.623	< .001
	1.83 (.56)	-	-	2.91 (.77)	7.399	< .001
	-	2.12 (.79)	2.54 (.83)	-	2.846	.009
	-	2.12 (.79)	-	2.91 (.77)	4.978	< .001
	-	-	2.54 (.83)	2.91 (.77)	2.584	.017
ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก	1.45 (.51)	1.62 (.57)	-	-	1.072	.295
	1.45 (.51)	-	1.95 (.55)	-	3.140	.005
	1.45 (.51)	-	-	2.37 (.57)	6.868	< .001
	-	1.62 (.57)	1.95 (.55)	-	2.892	.008
	-	1.62 (.57)	-	2.37 (.57)	5.438	< .001
	-	-	1.95 (.55)	2.37 (.57)	3.122	.005

3. การเปรียบเทียบพัฒนาการด้านความเข้าใจและการสื่อสาร (ด้านที่ 3) ด้านกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเอง (ด้านที่ 4) และด้านสังคม อารมณ์ และพฤติกรรม (ด้านที่ 5) ของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 และระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 6 กับเดือนที่ 9 พบว่า หลังการทดลองเดือนที่ 3 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านที่ 3 และด้านที่ 4 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.371, p < .001 และ t = 3.191, p < .01 ตามลำดับ) หลังการทดลองเดือนที่ 6 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านที่ 3 ด้านที่ 4 และด้านที่ 5 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.984, p < .001; t = 3.444, p < .01 และ t = 6.593, p < .001 ตามลำดับ) หลังการทดลองเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านที่ 3 ด้านที่ 4 และด้านที่ 5 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.439, p < .001; t = 5.412, p < .001 และ t = 6.261, p < .001 ตามลำดับ) หลังการทดลองเดือนที่ 6 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านที่ 5 สูงกว่าหลังการทดลองเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.675, p < .001) หลังการทดลองเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านที่ 3 ด้านที่ 4 และด้านที่ 5 สูงกว่าหลังการทดลองเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.033, p < .01; t = 3.186, p < .01 และ t = 5.027, p < .001 ตามลำดับ) และหลังการทดลองเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีพัฒนาการด้านที่ 3 และด้านที่ 4 สูงกว่าหลังการทดลองเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.584, p < .05 และ t = 2.326, p < .05 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านความเข้าใจและการสื่อสาร ด้านกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเอง และด้านสังคม อารมณ์ และพฤติกรรม ของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 และระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 6 กับเดือนที่ 9 (n = 24)

พัฒนาการ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเดือนที่ 3	หลังการทดลองเดือนที่ 6	หลังการทดลองเดือนที่ 9	*t*	*p*
	M (SD)	*M (SD)*	*M (SD)*	*M (SD)*		
ด้านความเข้าใจ	1.08 (.58)	1.66 (.48)	-	-	4.371	< .001
และการสื่อสาร	1.08 (.58)	-	1.83 (.64)	-	4.984	< .001
	1.08 (.58)	-	-	2.20 (.72)	7.439	< .001
	-	1.66 (.48)	1.83 (.64)	-	1.446	.162
	-	1.66 (.48)	-	2.20 (.72)	4.033	.001
	-	-	1.83 (.64)	2.20 (.72)	2.584	.017
ด้านกิจวัตร	1.50 (.51)	1.87 (.45)	-	-	3.191	.004
ประจำวันและ	1.50 (.51)	-	2.08 (.77)	-	3.444	.002
การช่วยเหลือ	1.50 (.51)	-	-	2.42 (.65)	5.412	< .001
ตนเอง	-	1.87 (.45)	2.08 (.77)	-	1.225	.233
	-	1.87 (.45)	-	2.42 (.65)	3.186	.004
	-	-	2.08 (.77)	2.42 (.65)	2.326	.029
ด้านสังคม	1.37 (.64)	1.58 (.65)	-	-	1.415	.170
อารมณ์ และ	1.37 (.64)	-	2.16 (.70)	-	6.593	< .001
พฤติกรรม	1.37 (.64)	-	-	2.29 (.69)	6.261	< .001
	-	1.58 (.65)	2.16 (.70)	-	5.675	< .001
	-	1.58 (.65)	-	2.29 (.69)	5.027	< .001
	-	-	2.16 (.70)	2.29 (.69)	1.000	.328

4. การเปรียบเทียบการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองเดือนที่ 5 และเดือนที่ 9 และระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 5 กับเดือนที่ 9 พบว่า หลังการทดลองเดือนที่ 5 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกทั้ง 6 ด้าน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อการถูกสัมผัส ($t = 6.894$, $p < .001$) ด้านการรักษาสมดุลของร่างกาย ($t = 4.501$, $p < .001$) ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงท่า (เอ็น ข้อต่อ) ($t = 6.226$, $p < .001$) ด้านการมองเห็น ($t = 4.872$, $p < .01$) ด้านการได้ยิน ($t = 6.209$, $p < .001$) และด้านการรับรสและกลิ่น ($t = 6.417$, $p < .001$) หลังการทดลองเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกทั้ง 6 ด้าน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อการถูกสัมผัส ($t = 6.660$, $p < .001$) ด้านการรักษาสมดุลของร่างกาย ($t = 6.191$, $p < .001$) ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงท่า (เอ็น ข้อต่อ) ($t = 6.112$, $p < .001$) ด้านการมองเห็น ($t = 6.886$, $p < .001$) ด้านการได้ยิน ($t = 8.379$, $p < .001$) และด้านการรับรสและกลิ่น ($t = 8.008$, $p < .001$) และหลังการทดลองเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยการบูรณาการประสาทรับความรู้สึก 3 ด้าน ต่ำกว่าหลังการทดลองเดือนที่ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการรักษาสมดุลของร่างกาย ($t = 3.363$, $p < .01$) ด้านการได้ยิน ($t = 4.511$, $p < .001$) และด้านการรับรสและกลิ่น ($t = 3.039$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองเดือนที่ 5 และเดือนที่ 9 และระหว่างหลังการทดลองเดือนที่ 5 กับเดือนที่ 9 (n = 24)

การบูรณาการประสาทรับความรู้สึก	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเดือนที่ 5	หลังการทดลองเดือนที่ 9	*t*	*p*
	M (SD)	*M (SD)*	*M (SD)*		
ด้านการตอบสนองต่อการถูกสัมผัส	30.66 (6.27)	23.61 (3.40)	-	6.894	< .001
	30.66 (6.27)	-	22.47 (2.44)	6.660	< .001
	-	23.61 (3.40)	22.47 (2.44)	1.872	.076
ด้านการรักษาสมดุลของร่างกาย	20.71 (9.92)	19.25 (9.38)	-	4.501	< .001
	20.71 (9.92)	-	18.20 (9.10)	6.191	< .001
	-	19.25 (9.38)	18.20 (9.10)	3.363	.003
ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงท่า (เอ็น ข้อต่อ)	33.83 (7.42)	24.75 (6.74)	-	6.226	< .001
	33.83 (7.42)	-	26.08 (5.16)	6.112	< .001
	-	24.75 (6.74)	26.08 (5.16)	1.512	.159
ด้านการมองเห็น	34.20 (7.29)	25.60 (7.24)	-	4.872	.001
	34.20 (7.29)	-	25.60 (5.46)	6.886	< .001
	-	25.60 (7.24)	25.60 (5.46)	.000	1.000
ด้านการได้ยิน	27.66 (4.98)	24.08 (4.77)	-	6.209	< .001
	27.66 (4.98)	-	21.63 (5.40)	8.379	< .001
	-	24.08 (4.77)	21.63 (5.40)	4.511	< .001
ด้านการรับรสและกลิ่น	14.04 (2.42)	11.66 (2.31)	-	6.417	< .001
	14.04 (2.42)	-	10.50 (3.00)	8.008	< .001
	-	11.66 (2.31)	10.50 (3.00)	3.039	.006

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองเดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านความเข้าใจและการสื่อสาร ด้านกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเอง และด้านสังคม อารมณ์ และพฤติกรรม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นได้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้เทคนิคสโนซีเล็น ซึ่งเทคนิคสโนซีเล็นเป็นการจัดสภาพแวดล้อมโดยการสร้างสถานที่พิเศษ ที่มีความจำเพาะในกระบวนการกระตุ้นสมองและพัฒนาการเด็ก โดยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้ในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการในการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลา 9 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลาการฝึกที่ยาวนาน โดยมีการฝึกที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ สอดคล้องกับที่ Pajareya and Nopmaneejumruslers (2012) ได้เสนอว่า การส่งเสริมพัฒนาการในเด็กออทิสติกควรใช้เวลาอย่างน้อย 1 ปี แบบต่อเนื่องจึงจะทำให้เห็นความก้าวหน้าของพัฒนาการอย่างชัดเจน

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองเดือนที่ 5 และเดือนที่ 9 เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อการถูกสัมผัส ด้านการรักษาสมดุลของร่างกาย ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงท่า (เอ็น ข้อต่อ) ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน และด้านการรับรสและกลิ่น ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นได้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้เทคนิคสโนซีเล็น ซึ่งในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ นั้น มีการใช้อุปกรณ์ที่ช่วยกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกขั้นพื้นฐานทั้ง 7 ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส กายสัมผัส การรับรู้เอ็น กระดูกและข้อต่อ และการทรงตัว ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีความรู้สึกผ่อนคลาย และสามารถกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึกเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ เพิ่มสมาธิ ความสามาถในการจดจำ และการเรียนรู้ต่าง ๆ ได้ สอดคล้องกับแนวคิดด้านประสาทวิทยาที่มองว่า การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกต่าง ๆ ด้วยเทคนิคสโนซีเล็น ยังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการต่าง ๆ ภายในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการตื่นตัวหรือการผ่อนคลาย โดยมีกลไกการตอบสนองของร่างกายให้มีการลดระดับของสารก่อความเครียด และเพิ่มระดับของสารที่ทำให้เกิดการผ่อนคลายจนเมื่อถึงระดับที่สมดุลของสารทั้งสองภายในร่างกาย ร่วมกับการผสมผสานการทำงานของประสาทรับความรู้สึกในสมอง จะส่งผลบวกต่อบุคคลนั้นในด้านการควบคุมตนเอง ช่วงความสนใจและสมาธิ และแรงจูงใจ (เทียม ศรีคำจักร์ และสายฝน ซาวล้อม, 2550) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพร ศิริฟอง และปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์ (2559) ที่ศึกษาการลดพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งของนักเรียนที่มีภาวะออทิสซึม โดยใช้เทคนิคสโนซีเล็นกับการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร พบว่า หลังการทดลองนักเรียนมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอภิศักดิ์ ประสมศรี, สุบินสาวะธรรม, และกัญญารัตน์ เหล็กมูล (2554) ที่ศึกษาผลของการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้เทคนิคสโนซีเล็นที่มีต่อการลดพฤติกรรมซ้ำในเด็กออทิสติก พบว่า หลังการทดลองเด็กออทิสติกมีพฤติกรรมซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำแผนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นด้วยเทคนิคสโนซีเล็นไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นหรือเด็กพิเศษประเภทอื่นอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มกลุ่มควบคุม และมีการติดตามประเมินพัฒนาการและการบูรณาการประสาทรับความรู้สึกของเด็กสมาธิสั้นในระยะยาว เช่น 1 ปี 18 เดือน หรือ 2 ปี

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2561). *กรมสุขภาพจิตพลิกโฉมบริการ รพ.จิตเวชยุคใหม่.* สืบค้นจาก http://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27799

งานเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. (2561). *รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ปี 2559-2561*. ชลบุรี: ผู้แต่ง.

เทียม ศรีคำจักร์, และสายฝน ซาวล้อม. (2550). *สโนซีเล็นทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.* เชียงใหม่: สมพรการพิมพ์.

พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, และประกอบ ขันทอง. (2552). ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 15*(2), 206-220.

โรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. (2540). *แบบคัดกรองพัฒนาการเด็ก*. สืบค้นจาก https://dmh.go.th/test/download/files/developChild.pdf

วินัดดา ปียะศิลป์. (2550). *แนวทางการช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาการเรียน*. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์.

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *แนวปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติกสเปคตรัม*. กรุงเทพฯ: อาร์ตควอลิไฟท์.

สิริพร ศิริฟอง, และปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์. (2559). การลดพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งของนักเรียนที่มีภาวะออทิสซึม โดยใช้เทคนิคสโนซีเล็นกับการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร. *วารสารศึกษาศาสตร์ฉบับวิจัยบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 10*(4), 133-137.

อภิศักดิ์ ประสมศรี, สุบิน สาวะธรรม, และกัญญารัตน์ เหล็กมูล. (2554). *ผลของการบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้เทคนิคสโนซีเล็นที่มีต่อการลดพฤติกรรมซ้ำในเด็กออทิสติกของสถาบันราชานุกูล* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล.

Frisch, N. C. (2011). Group therapy. In N. C. Frisch & L. E. Frisch (Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (pp. 853-868). Clifton Park, NY: Delmar.

Pajareya, K., & Nopmaneejumruslers, K. (2012). A one-year prospective follow-up study of a DIR/Floortime parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Journal of the Medical Association of Thailand, 95*(9), 1184-1193.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry, 164*(6), 942-948.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Townsend, M. C. (2005). *Essentials of psychiatric mental health nursing* (4th ed.). Philadelphia: Davis.

Tripp, G., & Wickens, J. R. (2009). Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology, 57*(7-8), 579-589.

ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท*

Caring Experiences of Spouses of Persons with Schizophrenia*

นิภาวรรณ ศรีโยหะ, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) [1]
Nipawan Sriyoha, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) [1]
เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, พย.ด. (การพยาบาล) [2]
Pennapa Dangdomyouth, Ph.D. (Nursing) [2]

Received: January 24, 2019 Revised: May 12, 2020 Accepted: May 14, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายความหมายและประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 13 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น และแบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ในช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนเมษายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซี

ผลการวิจัยพบว่า การให้ความหมายของการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ และ 2) สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง ส่วนประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค 2) การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย และ 3) การดูแลตามอาการที่เป็น

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพจิตควรให้คำปรึกษาแก่คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การบริหารเวลาและการจัดการปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

คำสำคัญ: การดูแล ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต โรคจิตเภท

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: esafos123@gmail.com

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University: Advisor

Abstract

This qualitative research aimed to explain meaning of caring and caring experiences of spouses of persons with schizophrenia. The informants consisted of 13 spouses of persons with schizophrenia who took the patients for treatment at the out-patient department of one government hospital. The research instruments included the researcher, the demographic interview form, the interview guide regarding caring experiences of spouses of persons with schizophrenia, the field note, the paraphrase and coding record form, and the operational record form. An in-depth interview and observation were performed to collect data from October, 2017 to April, 2018. Data were analyzed by using Colaizzi's method.

The research results revealed that meaning of caring of spouses of persons with schizophrenia were consisted of 2 major themes: 1) caring is loving and understanding, and 2) bonding family ties cannot be abandoned. Additionally, caring experiences of spouses of persons with schizophrenia were consisted of 3 major themes: 1) knowing and understanding about the disease, 2) adaptation when their spouses got sick, and 3) taking care according to symptoms.

This research suggests that psychistric health care providers should provide counseling for spouses of persons with schizophrenia regarding effective communication, social support seeking, effective time management and problem solving as well as resilience strengthening.

Keywords: Caring, Spouse caregiver, Schizophrenia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยอัตราการป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี และส่งผลต่อการสูญเสียด้านเศรษฐกิจและทรัพยากรของประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 คน คิดเป็นจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2557) เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการแบบเรื้อรัง การเจ็บป่วยแต่ละครั้งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยลดลง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) การรักษาจึงมีเป้าหมายเพื่อรักษาให้หายหรือบรรเทาลงและป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำ การดูแลให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่และสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ โดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบ การฟื้นฟูสมรรถภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลาและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวันและการใช้ชีวิต (ธิดารัตน์ คณึงเพียร, 2556; Kaushik & Bhatia, 2013)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักเริ่มมีการเจ็บป่วยตั้งแต่วัยรุ่น จึงขาดทักษะทางสังคมและไม่สามารถแสดงบทบาททางสังคมที่เหมาะสมกับอายุได้ การแต่งงานในผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงพบได้น้อยเมื่อเทียบกับคนทั่วไป (Ikebuchi, 2006) การศึกษาในประเทศจีนพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นคู่ชีวิตมีประมาณร้อยละ 26.50 (Yin et al., 2014) แต่ในประเทศญี่ปุ่นพบเพียงร้อยละ 6.10 (Mizuno, Iwasaki, & Sakai, 2011) สำหรับในประเทศไทยนั้น ข้อมูลทางสถิติของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่แน่ชัด จากการศึกษาของเทียนทอง หาระบุตร (2555) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยพบร้อยละ 16 เป็นสามีร้อยละ 8.30 และภรรยาร้อยละ 7.70 ซึ่งผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557) เนื่องจากความสัมพันธ์ในชีวิตคู่มีลักษณะพิเศษ ไม่เหมือนความสัมพันธ์อื่น การประคับประคองจากคู่ชีวิตเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะหากฝ่ายหนึ่งมีปัญหาทางจิต โดยชีวิตคู่นั้นมีผลต่อการปรับตัวกับความตึงเครียดอื่นๆ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยและใช้เวลาในการดูแลเป็นอย่างมากนำไปสู่ความเครียดที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อต้อง

ดูแลในระยะยาว (Pinquart & Sorensen, 2011) การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อยและทำให้ท้อแท้ สามารถสร้างหรือทำลายความสัมพันธ์ได้ (Brichford & Carson-DeWitt, 2014) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยนั้นมีลักษณะที่ไม่ซ้ำกัน (Mizono et al., 2011) คู่ชีวิตที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีความพึงพอใจในชีวิตลดลงตามระยะเวลาที่ให้การดูแล และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557)

การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและการมีสุขภาวะของคู่ชีวิต ชีวิตการแต่งงานได้รับผลกระทบอย่างมากจากการดูแล โดยเฉพาะผลกระทบด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Kaushik & Bhatia, 2013) ทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตคู่ มีโอกาสที่จะเกิดความรุนแรงในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า อัตราการใช้ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อคู่ชีวิตสูงถึงร้อยละ 19.50 (Kageyama et al., 2015) และอัตราการหย่าร้างร้อยละ 16.98 (Thara & Srinivasan, 1997) สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตถือเป็นผลกระทบที่ใหญ่ที่สุดนำไปสู่การแยกทางหรือหย่าร้างเมื่อคู่ชีวิตไม่สามารถที่จะรับมือกับการดูแลในระยะยาวได้ (Lawn & McMahon, 2014) แต่ก็มีผู้ป่วยโรคจิตเภทและคู่ชีวิตจำนวนไม่น้อยที่สามารถรักษาความสัมพันธ์เหล่านั้นไว้ได้ บางรายพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตกับผู้ป่วยดีขึ้น มีความรักซึ่งกันและกัน มีความเคารพและความเข้าใจ เกิดความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย (Jungbauer, Wittmund, Dietrich, & Angermeyer, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยมีลักษณะที่ไม่ซ้ำกัน ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของคู่ชีวิตแต่ละคน แต่การวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีน้อย (Mizono et al., 2011) ทำให้ผู้ดูแลในกลุ่มนี้ได้รับการละเลย (Kumari, Singh, Verma, Verma, & Chaudhury, 2009) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิต ซึ่งจะทำให้เห็นถึงประสบการณ์ของการดูแลในภาพที่กว้างและลึกซึ้งขึ้น อันทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยและคู่ชีวิตทั้งเพศชายและเพศหญิงในสังคมไทยได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายความหมายของการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต (spouse caregiver) มีบทบาทที่เฉพาะ (unique role) เมื่อเทียบกับบทบาทการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มอื่น คู่ชีวิตของผู้ป่วยพยายามปรับตัวในการดูแลเพื่อที่จะรักษาสัมพันธภาพของชีวิตคู่เอาไว้ มักมองว่าตนเองเป็นสามี/ภรรยาแทนที่จะเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลแต่ละคนรับมือกับภาระการดูแลและผลกระทบกับความสัมพันธ์ของชีวิตคู่โดยแทบจะไม่มีการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ แต่ก็ยังมีความมุ่งมั่นที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจและมีปัญหาแยกจากสังคม (Lawn & McMahon, 2014) จากการศึกษาของเสาวภา พร้าวตะคุ (2549) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตมีความเครียดจากการดูแลโดยรวมสูงที่สุด แต่ให้เหตุผลในการรับบทบาทของผู้ดูแลว่า คือ ความรักและความผูกพัน ซึ่งความรักเป็นสิ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตมีลักษณะพิเศษแตกต่างจากความสัมพันธ์อื่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) ความรักเป็นความผูกพันทางอารมณ์ (emotional attachment) ที่แสดงใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึก ด้านความคิด และด้านการกระทำ (Lasswell & Lasswell, 1976)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ตามแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (descriptive phenomenology) ของ Husserl (1969)

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิตของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5) และพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) มีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วยโรคจิตเภททางพฤตินัยหรือนิตินัย 2) ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยตรง ให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น และอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 3) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 4) ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ปี 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturation)

กล่าวคือ มีแบบแผนข้อมูลที่ซ้ำกัน และไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 13 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญ เพราะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยต้องทำการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิดในสถานการณ์จริง

2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาที่แต่งงานหรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และการมีบุตรร่วมกัน และส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมจำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของคู่ชีวิต และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแนวคำถามกว้าง ๆ ที่สามารถปรับได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากคู่ชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งมีแนวคำถามหลัก 3 ข้อ ได้แก่ 1) การให้ความหมายการดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท 2) การรับรู้และความรู้สึกของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามี/ภรรยา และ 3) ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

4. แบบบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับรหัสผู้ให้ข้อมูล ครั้งที่สัมภาษณ์ วัน-เวลาที่สัมภาษณ์ สถานที่ในการสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ขณะทำการสัมภาษณ์

5. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับรหัสผู้ให้ข้อมูล ครั้งที่สัมภาษณ์ วันที่สัมภาษณ์ และตารางเปล่า (ประกอบด้วยคอลัมน์บรรทัดที่ ข้อความ และการให้รหัส)

6. แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับรหัสผู้ให้ข้อมูล ครั้งที่สัมภาษณ์ วัน-เวลาที่สัมภาษณ์ และการวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัย อาจารย์พยาบาล และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล (เอกสารรับรอง เลขที่ 137/2560 วันที่ 25 กันยายน 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยเตรียมความรู้ที่เกี่ยวข้องและฝึกฝนเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก และการเตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์ฯ

2. ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความช่วยเหลือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล จากนั้นพบผู้ให้ข้อมูล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล (ข้อ 2) และให้ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที และขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ จากนั้นทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์ฯ โดยใช้เทคนิคการทวนความ การทำความกระจ่าง การสะท้อนความคิด การสรุปความ และการบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม ใช้เวลาครั้งละ 21-95 นาที ทั้งนี้ ขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการสังเกตสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกภาคสนาม เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามหรือกล่าวถึงสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนา และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป โดยบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

3. ขั้นสรุปการวิจัย หลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงเป็นคำต่อคำ ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความครบถ้วน

ของข้อมูล โดยเปรียบเทียบกับการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ

ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนเมษายน 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซี (Colaizzi, 1978) ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน จากนั้นทำการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ในด้านความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการพึ่งพา ความสามารถในการยืนยัน และความสามารถในการถ่ายโอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าเป็นเพศชาย 7 คน และเพศหญิง 6 คน มีอายุอยู่ในช่วง 27-65 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 5 คน ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท/โรงแรม มากที่สุด จำนวน 5 คน ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,000-30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด จำนวน 8 คน มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 7 คน และครอบครัวขยาย จำนวน 6 คน ระยะเวลาที่แต่งงานหรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยอยู่ในช่วง 3 ปี ถึงมากกว่า 40 ปี ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 2-40 ปี และส่วนใหญ่มีบุตรร่วมกัน จำนวน 10 คน

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าเป็นเพศหญิง 7 คน และเพศชาย 6 คน มีอายุอยู่ในช่วง 26-71 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด จำนวน 5 คน เท่ากัน ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด จำนวน 6 คน ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 2-40 ปี และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ 1 ครั้ง มากที่สุด จำนวน 5 คน

2. การให้ความหมายของการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

2.1 การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ โดยการดูแลในความหมายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยนั้น กล่าวถึงความเอาใจใส่ในทุกๆ เรื่องที่ตนเองกระทำต่อคู่ชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการเอาใจใส่ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การรับประทานยาให้ตรงเวลา การทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการเอาใจใส่เรื่องสภาพจิตใจเพื่อไม่ให้มีความเครียดเกิดขึ้น การเอาใจใส่ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความรักที่คู่ชีวิตมีต่อผู้ป่วย การดูแลบนพื้นฐานของความรักมีการแสดงออกในรูปแบบที่มีความลึกซึ้งและใส่ใจ ด้วยพื้นฐานของความรักนั้นทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยเกิดความพยายามที่จะสร้างความเข้าใจในอาการและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแล และหลังจากที่เข้าใจในตัวโรคจิตเภทแล้ว ทำให้เกิดการแสวงหาและเรียนรู้วิธีการดูแลต่างๆ ที่จะทำให้คู่ชีวิตของตนมีอาการดีขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การเลี้ยงดูให้เขาได้ดี ได้เห็นภาพที่เขาชอบ ผมว่าตรงนี้สำคัญที่สุด อย่างอื่นไม่ใช่ประเด็นเลย ประเด็นสำคัญ คือ เราให้ความรักเขาจริงนะ เราดูแลเอาใจใส่เขาจริงนะ เราหมั่นดูแลเขานะ บอกความจริงเขานะ เราสร้างความเชื่อมั่นให้เขานะ คือ ให้เขามีความเชื่อมั่นกับเรา เขามีการดูแลที่ดี ผมว่าสองอย่างนี้ช่วยเขาได้เยอะแล้วนะ..." (ID10T1M)

2.2 สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง โดยการดูแลเปรียบเสมือนสายใยของครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้งกันได้ ซึ่งเกิดจากความรักและความผูกพันที่มีต่อกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุข ผ่านช่วงเวลาที่มีความสุขและความทุกข์มาด้วยกัน ทำให้ไม่สามารถทอดทิ้งกันและกันได้ คู่ชีวิตของผู้ป่วยหลายคนกล่าวว่า การได้เป็นฝ่ายดูแลด้วยความรักแก่ผู้ป่วยในช่วงที่อีกฝ่ายเจ็บป่วยทำให้ตนเองมีความสุข การได้เห็นผู้ป่วยพยายามดูแลตนเองให้มีอาการที่ดีขึ้น ทำให้เกิดความรัก ความผูกพันกันมากขึ้นในครอบครัว จึงอยากอยู่ดูแลผู้ป่วยและประคับประคองความสัมพันธ์ของคำว่าครอบครัวนี้ไว้ต่อไป คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทกล่าวว่า ลูกคือกำลังใจสำคัญที่ทำให้ตนเองสามารถก้าวผ่านความยากลำบากตลอดช่วงเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยมา ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"เพราะคนในครอบครัวครับ คนในครอบครัวเราต้องดูแลเขาก่อนใช่ไหม จะดีไม่ดีอยู่ที่ตัวเรา เราต้องดูแลให้ดีครับ... นี่คือคนในครอบครัวเราเลยครับ เราต้องดูแลเอาใจใส่ มองซ้ายมองขวาก็คือคนในครอบครัวของเราเลย เป็นบ้านหลังนึงต้องมีทุกอย่าง" (ID1T2M)

3. ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

3.1 ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.1.1 กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้ เมื่อรับรู้ว่าคู่ชีวิตของตนป่วยเป็นโรคจิตเภท มีความรู้สึกกลัวว่าโรคนี้จะไม่สามารถรักษาได้ กลัวอาการและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก

กลัวว่าตัวเองและครอบครัวจะถูกผู้ป่วยทำร้าย หรือกลัวแม้กระทั่งผู้ป่วยจะทำร้ายตัวเอง ความกลัวที่เกิดขึ้นเหล่านี้เกิดจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจในตัวโรคจิตเภทอย่างแท้จริง แม้คู่ชีวิตของผู้ป่วยบางคนจะทราบมาก่อนใช้ชีวิตร่วมกันว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท แต่หลายคนพบกันในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ และยังขาดความเข้าใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับโรค เมื่อต้องเผชิญกับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จึงเกิดความกลัว เพราะไม่ทราบวิธีการจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้น และกลัวว่าจะเกิดสถานการณ์เช่นนั้นอีก คู่ชีวิตของผู้ป่วยจึงมีการแสวงหาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น เพื่อเตรียมพร้อมและวางแผนในการดูแลคู่ชีวิตของตนเองต่อไป ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ขนาดคนที่ไม่ป่วยก็ยังฆ่าลูกฆ่าเมียได้เพราะคิดว่าคนอื่นจะมาฆ่าตัวเองไง ก็เลยฆ่าเขาไว้ก่อนไรงี้ พี่อยู่ทุกวันนี้พี่ก็เสียว ๆ อยู่นะว่ามันจะคิดแบบนี้หรือเปล่า กลัวนะ พี่ก็กลัวนะไม่อยากจะคิดอย่างนี้ แต่เราดูแล้ว แต่ความคิดเขาไม่มีหรอก แต่คนเรามันก็ไม่แน่ไม่นอนใช่ไหม ว่าแนวโน้มมันจะไปทางไหน...พี่ก็กลัว พี่กลัวมากเลยว่าความคิดเขาเนี่ย ว่า เอ้ย ซักวันนึงเนี่ย มันจะคิดว่าเราจะฆ่ามันหรือเปล่า มันจะมาฆ่าเราไหม กลัว กลัวมากเลย...” (ID7T1F)

3.1.2 เมื่อรู้ว่าป่วย แสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ หลังจากที่ทราบว่าสามี/ภรรยาของตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท คู่ชีวิตของผู้ป่วยแสวงหาวิธีการดูแลรักษาในหลากหลายรูปแบบที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น บางคนเลือกใช้วิธีการดูแลรักษาตามความเชื่อของตนเอง เช่น การไปรักษากับพระ การพาไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน การหาข้อมูลจากผู้รู้ ไม่ว่าจะเป็นคนใกล้ชิด ญาติพี่น้อง หรือแม้แต่สอบถามจากประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยคนอื่น ๆ บางคนใช้วิธีการค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แหล่งข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ แสวงหาและเลือกใช้วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยหลากหลายวิธี ด้วยมีความหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และจะมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลรักษาต่อไป ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ตอนแรกก็คิดไปถึงเรื่องผีสางไรงี้ ก่อนหน้านี้ก็เลยพาไปหาพระ...คือทำไงก็ได้ให้เขานอนหลับอะค่ะ ก็คือมีซื้อยานอนหลับมา ลองกินยานอนหลับดูจะได้พักผ่อนบ้าง... อันนี้คือแรก ๆ ที่ยังไม่ได้มาหาหมอ ไปซื้อเองที่ร้านขายยา... เขาก็ไม่ยอมนอน เลยคิดว่าจะทำยังไงดีวะ เขาไม่ยอมหลับยอมนอนตอนกลางคืน ก็เลยลองไปซื้อยานอนหลับมาให้กินดีกว่า ให้กินครึ่งเม็ด แล้วก็เอ่อ เขาก็เลยนอนหลับ...กลับมาเป็นอีกก็เลยพามาที่โรงบาลนี่แหละค่ะ...ไปรักษากับพระก็ไม่ดีขึ้น ก็เลยมาตัดสินใจไปรักษากับหมอ...เสิร์ชจากในเน็ต อินเทอร์เน็ต ดูว่าอาการแบบนี้เป็นอะไร พอเสิร์ชดูเขาก็บอกว่าเป็นโรคจิตเภท ก็ว่าจะพาไปโรงพยาบาลที่ใกล้บ้าน แต่ก็ไม่มีหมอทางจิตเภท ก็เลยลองเสิร์ชดู เสิร์ชหาในอินเทอร์เน็ต เสิร์ชไปเสิร์ชมาก็มาเจอโรงพยาบาลนี้แหละค่ะ...” (ID6T1F)

3.1.3 เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน เมื่อทำความเข้าใจกับโรคจิตเภทแล้ว ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าโรคจิตเภทเป็นเหมือนโรคทั่ว ๆ ไปที่สามารถรักษาได้ และเป็นโรคที่ทุกคนสามารถเป็นได้ การเปรียบเทียบพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกตลอดช่วงเวลาที่ใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยนั้นสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ เหมือนคนทั่วไป เกิดการรับรู้ในทางบวกว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคที่ตนเองและผู้ป่วยสามารถรับมือได้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ของผมก็ถือว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา การป่วยก็ปกติเป็นไปได้ทุกคน เป็นเรื่องปกติ ไม่คิดว่าเป็นเรื่องร้ายแรงอะไรหรอก เรื่องปกติ แล้วเราก็รับได้ ไม่ได้เป็นเรื่องร้ายแรงหรือน่ารังเกียจอะไร...(ID11T1M)...คนป่วยก็พากันไปรักษา...ไม่มีความรู้สึกรังเกียจอะไร เราก็เป็นแบบว่าธรรมดา เราก็ธรรมดาเป็นแค่เรื่องภรรยาป่วยแค่นั้นเอง แต่ความรู้สึกว่ารังเกียจภรรยาแบบนี้ไม่มีนะ” (ID11T2M)

3.1.4 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต เมื่อเริ่มเข้าใจโรคจิตเภทมากขึ้น คู่ชีวิตของผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการดูแลผู้ป่วย การดูแลที่เกิดขึ้นในแต่ละคนเกิดจากการรับรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท คู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคจิตเภทนั้นมีสาเหตุหลักมาจากความเครียด พฤติกรรมการดูแลที่แต่ละคนทำจึงมุ่งเน้นไปที่การลดและป้องกันความเครียดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“พอมีลูก pressure มันขึ้น ซึ่งเราก็จับ pressure ว่ากดดัน ลูกร้อง ลูกอะไรอย่างงี้ เป็นตัวแปรที่เขาอารมณ์เปลี่ยน... เพราะเวลานั้น โรคนี้เวลามันสร้าง ถ้าเขากังวลใจหรืออะไรต่าง ๆ ความเครียด ตัวแปรพวกนี้มันจะเป็นตัวกระตุ้น...กระตุ้นให้เกิดอาการ” (ID9T1M)

3.2 การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย ประกอบด้วย 7 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.2.1 ความสัมพันธ์ฉันสามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป โดยความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยามีการเปลี่ยนแปลงไปในหลายรูปแบบทั้งทางบวกและทางลบ บางคนมองว่าการใช้ชีวิตคู่อยู่ร่วมกันกับสามี/ภรรยาในปัจจุบันนั้นอยู่ด้วยกันเหมือนเพื่อน เหมือนพ่อแม่ดูแลลูก ความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างสามีภรรยา

ลดลง ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางลบที่เกิดขึ้น แต่การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกต่อชีวิตคู่ด้วยเช่นกัน ภายหลังการเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและคู่ชีวิตมีความรักและความเข้าใจกันมากขึ้น ทะเลาะเบาะแว้งกันน้อยลง ต่างฝ่ายต่างปรับเปลี่ยนตนเองให้ดีขึ้น เพื่อประคับประคองชีวิตคู่ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"เหมือนเพื่อนกันเลยอะ เหมือนเพื่อนกันเลยนะ ทุกวันนี้ไม่ได้เป็นแฟนอะ...เป็นเพื่อน แบบมันไม่ได้อะ ไม่รู้อะ พูดไม่ถูกอะ เพราะว่าทุกวันนี้เราก็ไม่ได้อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ แค่อยู่บ้านหลังเดียวกันแค่นั้นเอง...เขาก็เหมือนเพื่อน ดูแลกันเหมือนเพื่อนเลย...อยู่ด้วยกันแบบเพื่อน เพราะมันรู้สึกแบบนั้นจริง ๆ นะ แบบเพื่อนช่วยเหลือโน่นนี่นั่น เช้าก็เอาข้าวมาให้ ก็เหมือนเขาคิดเองไม่เป็นอะค่ะ เราต้องคิดแทนตลอดทุกอย่าง มันก็เลยรู้สึกแบบนั้น..." (ID4T1F)

3.2.2 เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เช่นเดิม บางคนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวไป ภาระและความรับผิดชอบทั้งหมดจึงตกเป็นของคู่ชีวิตของผู้ป่วย ทั้งรับผิดชอบงานภายในบ้านและหารายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว เปรียบเสมือนเสาหลักของครอบครัว ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"เหมือนเพิ่มหน้าที่ขึ้นมาอีก...ต้องคอยดูแลตลอด...มีภาระหน้าที่ให้รับผิดชอบเยอะขึ้น...(ID6T1F)*...ต้องคอยมาดูแล ต้องคอยมาดูเรื่องยา พาไปหาหมอ เพราะไปหาหมอเขาก็ไม่อยากไปคนเดียว ต้องสละวันหยุด ต้องพาเขามาหาหมอ...ต้องมาดูแลเขา แล้วก็ต้องมาทำงานบ้าน หนูก็ทำงานอยู่แล้ว ก็ต้องมาทำงานบ้านอีก ดูแลเขาอีก ก็เหมือนเราเพิ่มภาระมาก"* (ID6T2F)

3.2.3 ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุดเมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น บางครั้งทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโมโหหรือหงุดหงิดใจเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงในการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว แต่เลือกใช้วิธีการจัดการโดยการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีหลากหลายวิธี ส่วนใหญ่ใช้วิธีนิ่งเงียบ ไม่ตอบโต้และหลีกหนีจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อไประงับจิตใจของตนเองให้สงบลง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"เวลาโมโหเขาก็คุมตัวเองไม่ได้นะ ต้องเดินหนี บางทีโกรธมาก ๆ ต้องเดินหนีไป เดินหนีไปเลย...เพื่อไประงับใจตัวเอง เพราะถ้าเรายังอยู่ตรงนั้น เจอหน้ากันอยู่ตรงนั้น เผชิญหน้ากันอยู่ตรงนั้น มันจะคุมตัวเองไม่ได้...ต้องควบคุมตัวเองมาก ๆ ควบคุมสติให้ดี เพราะดีไม่ดีเราจะหลุด ป่วยไปกับเขาด้วย... เข้าห้อง อาบน้ำ สระผม เอาน้ำราดตัวเอง หรือไม่ก็ไปไกล ๆ ไปนั่งห่าง ๆ หรือไม่ก็นั่งนับ 1 ถึง 10 สวดมนต์บ้างอะไรบ้าง จนสงบ..." (ID12T1F)

3.2.4 เหนื่อยจนท้อจากการดูแล เมื่อต้องเปลี่ยนจากคู่ชีวิตมาเป็นผู้ดูแล ส่งผลต่อความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยต้องแบกรับ ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ บางคนมีความท้อแท้จนพยายามที่จะฆ่าตัวตายทั้งครอบครัว เพื่อให้หลุดพ้นจากปัญหาต่าง ๆ ที่รุมเร้า แต่เมื่อคิดถึงลูกและความสุขของชีวิตคู่ที่เคยผ่านมา จึงล้มเลิกความคิดเหล่านั้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

*"...เหนื่อยที่ต้องดูแล ก็คือ กว่าเขาจะมาปกติมันเหนื่อยนะที่เราต้อง (หยุดพูดทำท่าคิด) เพราะเราไม่มีเวลาไง เพราะเรามีลูกเล็กแล้วต้องทำงานด้วย มันก็เลยเหนื่อยตอน*ที่เขาอาการกำเริบ เพราะเราต้องพยายามพูดคุยกับเขาด้วย" (ID4T1F)

3.2.5 หาตัวช่วยในการดูแล คู่ชีวิตของผู้ป่วยต้องหาตัวช่วยในการดูแล โดยการขอความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดหรือญาติพี่น้องให้มาช่วยดูแล เช่น บางคนจัดสรรเวรให้ลูกแต่ละคนมาช่วยกันดูแลผู้ป่วยเมื่อตัวเองต้องเดินทางไปต่างจังหวัด บางคนที่ไม่สามารถหาคนช่วยดูแลแทนได้จะใช้การโทรศัพท์หรือไลน์ในการติดตามสอบถามอาการ ความเป็นอยู่ รวมถึงการตรวจสอบและกระตุ้นเตือนการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความกังวลใจในขณะที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"ถ้าติดต่อเขาไม่ได้ก็จะให้พี่แถวนั้นคอยดูเขาอะค่ะ ญาติพี่น้องเขาอะค่ะ ญาติพี่น้องของแฟนเขาอยู่แถวนี้เหมือนกัน แต่ว่าอยู่คนละหอกัน อยู่คนละที่กัน แต่อยู่ใกล้ ๆ กัน ก็จะให้เขาเข้ามาดูอะค่ะ...กลางคืนบางทีไม่ได้นอน แม่กลัวหนูไม่ได้พักผ่อน ก็เลยช่วยขึ้นมาดูเผื่อตอนกลางคืนมีอะไรรึเปล่า...หนูกลับไปต่างจังหวัด...โทรมาบอกเขาทุกวันเวลาเขากลับบ้านว่าให้กินทุกวัน...ก็จะโทรศัพท์มาหา ถามว่ากินยารึยัง เป็นไงบ้าง ได้ยินอะไรบ้างไหม...(ID6T1F)*...ตอนกลับบ้านก็ยังต้องโทรบอกเขาทุกวันว่าให้กินยา ๆ กลัวเขาลืม แล้วก็กลับมาก็เช็คดูอีกรอบหนึ่งว่าได้กินไหม"* (ID6T2F)

3.2.6 ปรับความคิดและจิตใจ โดยวิธีการที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยเลือกใช้ในการยอมรับและทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น คือ การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย โดยมองว่าเป็นเรื่องเวรกรรม

ทำความเข้าใจกับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกว่าเกิดจากตัวโรคจิตเภท เปรียบเทียบกับความยากลำบากในอดีตที่เคยเผชิญ รวมถึงการปรับความรู้สึกและจิตใจ ใช้ธรรมะเข้าช่วยให้เกิดความรู้สึกปล่อยวางและยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น สร้างกำลังใจให้แก่ตนเอง ปรับความคิดในทางบวก ทำให้เกิดความท้าทายในการดูแล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"ผมก็ไม่คิดเปรียบนู้นนี่นั่น ช่างมันเถอะ เราคิดว่าในเมื่อเรามาทำเนี่ย ผมก็คิดว่าเป็นเวรเป็นกรรม ชาติก่อนไปทำเวรทำกรรม ช่างมันเถอะ คือมันอยู่ตรงไหนก็ช่าง ปล่อยตามครรลอง...คิดว่าตอนนี้เป็นบาปของเราเป็นกรรมของเรานะที่ต้องรับกรรม ให้มันถึงที่สุด..." (ID10T1M)

3.2.7 ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีความรู้สึกทางบวกเกิดขึ้นขณะให้การดูแลด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น คู่ชีวิตของผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่ได้เห็นอาการของผู้ป่วยดีขึ้น และรู้สึกภูมิใจที่การดูแลของตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"มันภูมิใจ เราภูมิใจ...ภูมิใจที่เราดูแลเขาดีขึ้น...ส่วนใหญ่คุณหมอเขาบอกว่าอาการแบบนี้ ส่วนใหญ่ที่มาแล้วนี่ แอดมิทมาครั้งนึง ครั้งที่สองนี่ก็คือไปเลย ไม่สามารถกลับมาได้สักคนสักรายเลย เราก็บอกเออนี่เขากลับมาได้นะ" (ID2T2M)

3.3 การดูแลตามอาการที่เป็น ประกอบด้วย 5 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.3.1 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่บอกถึงอาการกำเริบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีวิธีการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เป็นสัญญาณว่าเริ่มจะมีอาการทางจิตกำเริบในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บ่งบอกว่ากำลังมีความเครียดที่เป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการทางจิต บางคนเริ่มมีอาการพูดคนเดียว พูดช้า ๆ อยู่ไม่นิ่งตอนกลางคืน ไม่ยอมนอนหลับ บางคนมีสายตาจดจ้อง มองด้วยสายตาดุร้าย ไม่หลบสายตา พูดจาดื้อรั้น ไม่เชื่อฟัง ซึ่งลักษณะพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตเกิดขึ้น โดยแต่ละสัญญาณเตือนเหล่านี้ได้มาจากการคอยสอบถามและสังเกตจากการใช้ชีวิตร่วมกันอย่างใกล้ชิดในแต่ละวัน ความสนิทสนมใกล้ชิดกันนี้ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"ก็พูดไม่รู้เรื่อง...พี่ก็เลยถามว่าเริ่มเป็นอะไร เริ่มหูแว่วเหรอ เพราะว่าตอนแรก ๆ ที่เขาเป็น เขาบอกไงว่ามีเสียงคนด่าเขา แค่เสียงข้างห้องร้องเพลงเขาก็คิดว่ามีคนว่าเขา...สังเกตเอาถามเอา" (ID4T1F)

3.3.2 ดูแลความปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ ในช่วงแรกที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตและในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีการจัดการเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด โดยการจำกัดพื้นที่ของผู้ป่วยให้อยู่เฉพาะภายในบ้าน เป็นการสร้าง "safety zone" คือ การจำกัดให้ผู้ป่วยอยู่เฉพาะพื้นที่ภายในบ้านในช่วงที่มีอาการทางจิต เพื่อลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ป้องกันความคิดฟุ้งซ่าน ป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหากออกไปสู่สังคมภายนอกในช่วงที่มีอาการทางจิตเกิดขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"ให้เขาอยู่ในบ้าน ไม่ให้เขาออกไปไหน...กลัวว่าเขาจะประคองตัวรักษาตัวไม่ได้ เขาป่วยอยู่นะ...ก็ดูแลให้เขาอยู่บ้านไม่ไปไหน...เขาก็อยู่ของเขา เดินไปเดินมา แต่ดีที่เขาไม่เดินออกไปนอกบ้าน ถ้าออกนอกบ้าน เราก็ต้องกักตัวไว้ไม่ให้เขาออกไป...(ID11T1M)...ถ้าออกไปไหน ผมก็คงไม่ให้ออกไปก็ต้องตามกลับบ้าน..." (ID11T2M)

3.3.3 พูดคุยด้วยถ้อยคำอ่อนโยนเมื่อมีอาการกำเริบ ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต คู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะคอยพูดคุย อธิบายถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านั้นเกิดจากอาการทางจิต ค่อย ๆ อธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้และอยู่กับความจริงในปัจจุบันที่กำลังเกิดขึ้น ด้วยถ้อยคำที่อ่อนโยนและท่าทีที่สงบ ไม่คุกคาม ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"ไม่มีใครทำอะไรหรอก พยายามบอกเขาว่าไม่มีใครว่าไม่มีใครรู้จักเรา ใครเขาจะมาว่า...บอกให้เขารู้ตัว...(ID4T1F)*...ตอนที่เป็นแรก ๆ กำเริบ ต้องพูดคุยนะ ต้องอยู่พูดคุย เขาเหมือนอยู่คนเดียวไม่ค่อยได้ เพราะเขาได้ยินหูแว่วอะไรแบบนี้ ภาพหลอน หลอน เขาจะอยู่คนเดียวไม่ได้...พยายามพูดกับเขาดี ๆ พยายามอธิบาย ต้องถามเขาว่าเป็นอะไร เครียดอะไร ก็อธิบายบอกว่ามันไม่มีหรอกนะภาพหลอน ไม่มีใครว่าเราหรอก ต้องพยายามอธิบายให้เขาฟัง เพราะมันเกิดจากความคิดของตัวเอง"* (ID4T2F)

3.3.4 เรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีวิธีการและกลยุทธ์ในการทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะอาการที่เป็น ในช่วงแรกที่ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นผู้จัดยาให้เอง เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ บางคนมีการปรึกษาแพทย์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนเวลารับประทานยาให้เป็นมื้อเดียว

ในหนึ่งวัน บางคนมีกลยุทธ์ในการให้ผู้ป่วยยอมรับประทานยาอย่างถูกต้องและตรงเวลา เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาแล้วอย่างแน่นอน หลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น ได้ปรับเปลี่ยนการดูแลเรื่องการรับประทานยา โดยเปลี่ยนจากการจัดยาให้เอง เป็นการคอยสอนวิธีการรับประทานยา คอยบอกย้ำ กระตุ้นเตือนให้รับประทานยา และใช้วิธีการสังเกตร่วมด้วย บางคนมีการตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยา หากผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้องจะต้องไม่มีอาการทางจิตแสดงออกมา บางคนตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้แอบซ่อนยาหรือไม่โดยไม่ให้ผู้ป่วยทราบ บางคนแอบนับเม็ดยาที่เหลือไว้ก่อนออกจากบ้าน พอกลับมาจะตรวจสอบว่ายาในแผงหายไปครบตามจำนวนยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานหรือไม่ คู่ชีวิตของผู้ป่วยเรียนรู้จากปัญหาและความผิดพลาดที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแล เพื่อพัฒนาการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"ปกติจะเตือนเขา อย่าหยุด ห้ามหยุดเรื่องยาโดยเด็ดขาด ...ก็หมอเขาเตือนไว้อะครับว่าพยายามอย่าหยุด...รู้สึกว่าเขาทานแล้วเขาดีขึ้น...พยายามให้อย่าหยุดยา ให้กินยาเป็นปกติ ตอนนั้นกินยาสองมื้อเช้าเย็น ตอนนี้กินแค่มื้อเดียวครับ ลดลงมาเยอะครับ...ส่วนใหญ่จะสอนเขา เป่าหูเขา บอกว่าอย่าหยุดนะ ถ้าหยุดแล้วจะเป็นอีก จะได้ยินเสียงโน่นเสียงนี่ พยายามเตือนเขา แล้วเขาก็ไม่อยากจะหยุดยาเลย...พยายามพูดให้เขาฟังว่าอยากให้หาย พยายามทำให้เขาหาย ก็ต้องฟังหมอ กินยาไปเรื่อย ๆ ครับผม...เราจะนับตลอดครับ...นับจำนวนยาที่เราไปรับมาว่ามีกี่เม็ด แล้วเขากินแต่ละวัน ใช้ไปเท่าไหร่จะรู้เลย แล้วตรวจเช็คก็ไม่มีการทิ้งขว้าง" (ID2T2M)

3.3.5 หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้อาการกำเริบ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบมี 2 วิธี คือ หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดความเครียด และหลีกเลี่ยงสารเสพติดกระตุ้นอาการ คู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้และทำความเข้าใจ จึงแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะขจัดความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งมีหลากหลายวิธี ได้แก่ 1) ตามใจในสิ่งที่ควรตามใจ คอยตามใจ จัดหาทุกอย่างที่ผู้ป่วยต้องการโดยไม่ขัดใจ เช่น ซื้อของให้ พาไปเที่ยว ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ บางคนให้เงินผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายอย่างอิสระตามต้องการ 2) พูดคุยให้กำลังใจ จัดหาเวลาในการพูดคุยเรื่องราวที่ทำให้เกิดความรู้สึกดี ๆ กับผู้ป่วยมากขึ้นในแต่ละวัน พูดคุยปลอบโยนเวลาที่ผู้ป่วยท้อแท้ 3) หางานให้ทำหรือกระตุ้นให้มีกิจกรรมทำ โดยเป็นงานที่ง่าย ไม่หักโหม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น 4) ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ และ 5) ใช้ธรรมะหรือกิจกรรมทางศาสนาช่วยผ่อนคลายจิตใจตามความเชื่อของผู้ป่วย นอกจากนี้ คู่ชีวิตของผู้ป่วยยังรับรู้ว่าสารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา บุหรี่ กาแฟ เครื่องดื่มที่มีกาเฟอีน และยาเสพติดเป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบ จึงพยายามหาวิธีให้ผู้ป่วยเลิกสารเสพติดเหล่านั้นให้ได้ บอกถึงผลเสียที่เกิดขึ้นหากไม่เลิก รวมทั้งผลดีที่เกิดขึ้นหากเลิกได้ โดยเฉพาะผลดีที่จะเกิดขึ้นต่อโรคจิตเภทที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยหลายคนที่ได้ลดหรือเลิกใช้สารเสพติดดังกล่าวตามคำแนะนำของคู่ชีวิต ทำให้โรคจิตเภทที่เป็นอยู่มีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"ยิ่งไม่ทำอะไรก็ยิ่งเครียดไง พี่ก็เลยต้องหาอะไรให้เขาทำ...งานเล็ก ๆ น้อย ๆ ค่ะ เอาผ้าไปซัก มาซ่อมแซมตรงนี้นิด ๆ หน่อย ๆ แล้วก็อะไรที่มันไม่เหนือบ่ากว่าแรงเขาอะ...คือเราต้องใช้ในสิ่งที่เราคิดว่าเขาทำได้...หนึ่ง เขามีความรู้สึกว่าเขาได้ออกกำลังกายใช่ไหมเพราะเขาเหนื่อย สอง เขาก็ได้รู้สึกว่าเขาก็มีคุณค่าไง ให้เขาทำนู้นทำนี้ เขาก็รู้สึกนะว่า เอ้ย วันนี้ ฉันก็ทำประโยชน์นะ อย่าคิดว่ามันเป็นเรื่องเล็กน้อยนะ..." (ID7T1F)

"เมื่อก่อนนี้เขากินเหล้าด้วยไง แต่ตอนนี้เขาเลิกกินแล้ว...กินเหล้าแล้วก็เพี้ยน...ก็ไม่เห็นเขามาพูดว่าได้ยินอะไรยังเงี้ย...ว่าเพราะเขาเลิกกินเหล้ารึเปล่า เออ มันก็ต้องมีส่วนใช่มะ คนเรากินเหล้าเข้าไปมันก็อาจจะมีการเพี้ยนมั่ง นู่นนี่นั่นเป็นเรื่องปกติอย่างงี้ แล้วพอสร่างเหล้ามันก็อาจจะไม่เป็นอะไรก็ได้" (ID8T1F)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 2 ประเด็นหลัก คือ การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ และสายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ คู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ความหมายของการดูแลสามี/ภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทว่า การดูแล คือ การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ ต้องเข้าใจว่าความเจ็บป่วยเกิดจากอะไร อาการหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเกิดจากความเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลเอาใจใส่บนพื้นฐานของความรักที่มีต่อกันเป็นปัจจัยการดูแล (carative factors) ที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลในระดับการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Watson, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jungbauer et al. (2004)

ที่พบว่า คู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท แม้จะได้รับความยากลำบากจากการดูแลสามี/ภรรยาที่มีอาการของโรคจิตเภท แต่ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เคารพและเข้าใจกัน

ประเด็นที่ 2 สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง การใช้ชีวิตคู่อยู่ร่วมกันมานานทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ทำให้ไม่สามารถทอดทิ้งกันและกันได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ เป็นหน่วยพื้นฐานแห่งการแลกเปลี่ยน หากการแลกเปลี่ยนความรักเป็นไปในบรรยากาศที่พึงพอใจ ก็จะมีความไว้วางใจกัน เอื้ออาทรต่อกัน และพร้อมจะเสียสละให้แก่กัน (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jungbauer et al. (2004) และการศึกษาของเสาวภา พร้าวตะคุ (2549) ที่พบว่า แม้จะมีผลกระทบที่เกิดจากภาระการดูแลคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทก็เลือกเก็บเฉพาะสิ่งที่ดีไว้ในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกับผู้ป่วยด้วยความรักซึ่งกันและกัน ความเคารพ และความเข้าใจที่ยังคงมีอยู่

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความห่วงใยว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตรายและใช้ชีวิตด้วยความยากลำบาก หากตนทอดทิ้งผู้ป่วยไป ความรู้สึกเป็นห่วงเป็นใยที่เกิดขึ้นนี้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยรับรู้ว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถที่จะดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น สอดคล้องกับที่สุนทรีภรณ์ ทองไสย (2558) กล่าวว่า ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยความสงสารที่ผู้ป่วยต้องมาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตที่บุคคลอื่นรังเกียจ นอกจากนี้ แรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (egoistic motivation) และแรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (altruistic motivation) ความรู้สึกรัก สงสาร และห่วงใยที่คู่ชีวิตมีต่อผู้ป่วย เป็นแรงผลักดันให้คู่ชีวิตยังคงอยู่ดูแลและไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ลูกเปรียบเสมือนกำลังใจและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการประคับประคองชีวิตคู่และครอบครัว เพราะไม่อยากให้ลูกมีปัญหาครอบครัวแตกแยก คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงพยายามที่จะเข้าใจและยอมรับในอาการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท มีการเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากคู่สามีภรรยาที่ตัดสินใจมีลูกจะตระหนักถึงหน้าที่ที่ตามมา โดยมีบทบาทใหม่ในการเป็นพ่อแม่ ซึ่งต้องให้ความเอาใจใส่ลูกทั้งร่างกายและจิตใจ ให้เกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย (กาญจนา ลุศนันทน์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ทองคุณ (2545) ที่พบว่า เงื่อนไขที่ทำให้ภรรยาอยู่ร่วมกับสามีที่เป็นโรคจิตเภท คือ ความรักบุตร

ผลการวิจัยพบว่า คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย และการดูแลตามอาการที่เป็น ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค ประกอบด้วยประเด็นย่อย 4 ประเด็น ดังนี้

1) กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้ เป็นความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลประเมินว่ามีความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ จะส่งผลให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม (Lazarus & Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumari et al. (2009) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยรู้สึกกลัว เนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอนและไม่สามารถคาดเดากับอาการของผู้ป่วยได้

2) เมื่อรู้ว่าป่วย แสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาวิธีการดูแลรักษาในหลากหลายรูปแบบที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ย่อมมีการแสวงหาการดูแลด้านต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ คณึงเพียร (2556) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคจิตเภท โดยมีการหาข้อมูลจากผู้รู้ ปรึกษา และหาวิธีการต่าง ๆ มาทดลองใช้ โดยมีความหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการที่ดีขึ้น

3) เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน โดยคู่ชีวิตของผู้ป่วยทำความเข้าใจกับโรคจิตเภท มีการรับรู้ว่าโรคจิตเภทเป็นเหมือนโรคทั่ว ๆ ไปที่สามารถรักษาได้ รวมทั้งรับรู้และเข้าใจว่าคนอื่น ๆ ก็มีอาการป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยได้เหมือนกัน

4) ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต โดยความเครียดเป็นแรงกดดันหรือตัวกระตุ้นให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงจนมีอาการทางจิต พฤติกรรมการดูแลที่แต่ละคนทำจึงมุ่งเน้นไปที่การลดและป้องกันความเครียดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สอดคล้องการศึกษาของ Ip and Mackenzie (1998) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความรู้เรื่องยาและการรักษา การบริการที่ได้รับ และการจัดการกับอาการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นที่ 2 การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย ประกอบด้วย

ประเด็นย่อย 7 ประเด็น ดังนี้

1) ความสัมพันธ์ฉันสามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไปการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางบวกและทางลบในชีวิตคู่ เกิดการเปลี่ยนสถานะจากสามี/ภรรยามาเป็นผู้ดูแลหลัก ความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างสามีภรรยาลดน้อยลง แต่ในขณะเดียวกัน หลายคู่เกิดความรักและความเข้าใจกันในครอบครัวมากขึ้น ทะเลาะเบาะแว้งกันน้อยลง ต่างฝ่ายต่างปรับเปลี่ยนตนเองให้ดีขึ้นเพื่อประคับประคองชีวิตคู่ไปด้วยกัน ดังที่ Skolnick (1981 อ้างถึงในนงพงา ลิ้มสุวรรณ และสุวรรณี พุทธิศรี, 2545) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตมีโอกาสเปลี่ยนแปลงสูง โดยมีปัจจัยต่าง ๆ เช่น เงิน สุขภาพ ความสำเร็จในอาชีพการงาน ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญต่อความเป็นสุขของชีวิตคู่

2) เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เช่นเดิม ภาระและความรับผิดชอบทั้งหมดจึงตกเป็นของคู่ชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ทองคุณ (2545) ที่พบว่า ภรรยาของผู้ป่วยจิตเภทมีกระบวนการปรับตัวภายหลังจากทำความเข้าใจความเจ็บป่วยของสามีแล้ว โดยเปลี่ยนบทบาทของตนเองเป็นผู้นำครอบครัว รับผิดชอบทุกอย่างในครอบครัว และมีการปรับวิธีการใช้จ่ายเพื่อให้เพียงพอในครอบครัว

3) ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุดเมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน คู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ใช้วิธีจัดการโดยการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีหลากหลายวิธี ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น จะมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งเป็นวิธีการปรับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เพื่อลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2551) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ หรือหงุดหงิด อารมณ์เสีย แสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้ดูแล ผู้ดูแลจะใช้วิธีถอยห่างจากสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความตึงเครียด ซึ่งอาจมีการโต้ตอบอารมณ์ด้วยวาจาหรือการกระทำซึ่งกันและกัน

4) เหนื่อยจนท้อจากการดูแล ภาระและความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนเกิดความท้อแท้ในการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดภาระการดูแล (burden) ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกยากลำบากจากการดูแล (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumari et al. (2009) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้คู่ชีวิตเกิดความกดดันทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง จนเกิดความกังวลใจ ความผิดหวัง เนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอนและไม่สามารถคาดเดาอาการของผู้ป่วยได้ รู้สึกไม่ได้รับความพึงพอใจกับชีวิต และต้องการความเป็นอิสระจากการดูแล เกิดความโศกเศร้า ความกลัว เหน็ดเหนื่อย และท้อแท้ในการดูแล

5) หาตัวช่วยในการดูแล ดังที่สุนทรีภรณ์ ทองไสย (2558) กล่าวว่า เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท ภาระความรับผิดชอบต่าง ๆ ในครอบครัวจะตกแก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ทำให้ต้องรับปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการทำงานมากขึ้น โอกาสและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจึงน้อยลง แต่จะเห็นได้ว่า คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้มีการปรับตัวในทางบวกและแสวงหาแนวทางที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย โดยการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และใช้อุปกรณ์สื่อสารเป็นตัวช่วยในการดูแล

6) ปรับความคิดและจิตใจ การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยนั้น แต่ละคนมีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมือนกัน คือ การใช้กลไกทางจิตเพื่อให้ตนเองยอมรับและเข้าใจในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสามี/ภรรยาของตน และยังเป็นการสร้างกำลังใจให้แก่ตนเองในการใช้ชีวิตดูแลผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากการใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง เป็นวิธีหนึ่งที่จะลดความเครียดลงได้ (Freud, 1940 อ้างถึงในประยูร สุยะใจ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา เจริญฉ่ำ (2551) ที่พบว่า ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีสภาพจิตใจที่หลากหลาย มีจิตใจที่เป็นทุกข์และจิตใจที่เป็นสุขหมุนเวียนเป็นวงจรตลอดการให้การดูแล และมีการปรับสภาพจิตใจเพื่อทำให้สภาพจิตใจของตนดีขึ้น

7) ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น โดยการดูแลของตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ก็จะเกิดความสุขสบายใจมากขึ้น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ในการปรับตัวด้านจิตใจตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Seeman (2012) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบทางบวกต่อคู่ชีวิตที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าคู่ชีวิตมีความพึงพอใจที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เกิดความภูมิใจที่สามารถ

จัดการกับความทุกข์ของตนเองได้ และเกิดความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย

ประเด็นที่ 3 การดูแลตามอาการที่เป็น ประกอบด้วยประเด็นย่อย 5 ประเด็น ดังนี้

1) สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่บอกถึงอาการกำเริบ การเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เป็นสัญญาณว่าเริ่มจะมีอาการทางจิตกำเริบในลักษณะต่าง ๆ มาจากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดในแต่ละวัน ความสนิทสนมใกล้ชิดกันนี้ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Agard, Egerod, Tonnesen, and Lomborg (2015) ที่พบว่า คู่ชีวิตของผู้ป่วยจะมีการสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ว่ามีอาการที่บ่งบอกถึงการกำเริบของโรคหรือการฟื้นหายจากโรคหรือไม่ และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2551) ที่พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลแบบลอบสังเกตโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัว ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินความผิดปกติทางจิตและสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไปได้

2) ดูแลความปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหากออกไปสู่สังคมภายนอกในช่วงที่มีอาการทางจิตเกิดขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Watson (1985) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่จะส่งเสริมการดูแลที่สำคัญ คือ การประคับประคอง สนับสนุน แก้ไขสภาพแวดล้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Agard et al. (2015) ที่พบว่า คู่ชีวิตมีการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยสร้างสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย

3) พูดคุยด้วยถ้อยคำอ่อนโยนเมื่อมีอาการกำเริบ โดยค่อย ๆ อธิบายให้รับรู้และอยู่กับความจริงในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหนึ่งของความเครียดในผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ปัญหาการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้น การตอบสนองพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ด้วยพฤติกรรมหรือคำพูดที่แสดงถึงความรุนแรง จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือมีอาการทางจิตมากขึ้น การจัดการกับพฤติกรรมหรืออาการดังกล่าวจึงควรใช้ถ้อยคำที่ไพเราะ นุ่มนวล อ่อนโยน ให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ไม่ถูกคุกคาม (จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2551) ที่พบว่า การใช้คำพูดที่นุ่มนวล น้ำเสียงอ่อนโยน ไม่พูดขู่ ตะคอก หรือตะโกนใส่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่แสดงอาการก้าวร้าว อาการทางจิตไม่กำเริบ และยังสามารถโน้มน้าวใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการได้

4) เรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงแรกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยเป็นผู้จัดยาให้เอง หลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้นได้ปรับเปลี่ยนเป็นการสอน คอยบอกย้ำ กระตุ้นเตือนให้รับประทานยา และใช้วิธีการสังเกตร่วมด้วย เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยาอีกครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากคู่ชีวิตของผู้ป่วยมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา สามารถคอยดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดมากกว่าบุคคลอื่น ๆ จึงมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมเรื่องการรับประทานยาและการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Gottlieb, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Agard et al. (2015) ที่พบว่า คู่ชีวิตจะคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา คอยกระตุ้นและเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา

5) หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้อาการกำเริบ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกไวต่อความเครียดต่าง ๆ มากกว่าคนปกติ ทนกับความเครียดหรือความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี และมีการตอบสนองต่อความเครียดไม่เหมาะสม (Zubin & Spring, 1997 อ้างถึงในพรทิพย์ ไขสะอาด, 2555) นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นจนเกิดการป่วยซ้ำ การเลือกใช้วิธีการป้องกันและลดความเครียดให้แก่ผู้ป่วย คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และปรับเปลี่ยนตามสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย คู่ชีวิตของผู้ป่วยรับรู้ว่าสารเสพติดต่าง ๆ เป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบ จึงพยายามหาวิธีการให้ผู้ป่วยเลิกสารเสพติดให้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจีรนันท์ ขันแข็ง (2548) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลผู้ป่วยในระยะอาการสงบหรือไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ โดยการให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพจิตควรให้คำปรึกษาแก่คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การบริหารเวลาให้

สอดคล้องกับบริบทการดูแลและการดำเนินชีวิต การจัดการปัญหาที่เหมาะสม และการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

1.2 บุคลากรทางสุขภาพจิตควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะในระยะแรกของการตรวจวินิจฉัยโรค รวมทั้งเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่หรือแยกจากคู่ชีวิตที่เป็นโรคจิตเภท

2.2 ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาแก่คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคู่ชีวิตของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2557). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิสชิ่ง.

กาญจนา ลุศนันทน์. (2547). *หน้าที่ของครอบครัว*. สืบค้นจาก https://pirun.ku.ac.th/~agrpct/lesson4/role2.html

จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 15*(2), 52-65.

จีรนันท์ ขันแข็ง. (2548). *ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เทียนทอง หาระบุตร. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธิดารัตน์ คณึงเพียร. (2556). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารกองการพยาบาล, 40*(1), 57-66.

นงพงา ลิ้มสุวรรณ, และสุวรรณี พุทธิศรี. (2545). ความคาดหวังจากชีวิตคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47*(3), 197-208.

ประยูร สุยะใจ. (2558). *การปรับตัวในสถานการณ์วิกฤติของชีวิต*. สืบค้นจาก http://www.mcu.ac.th/site/articlecontent_desc.php?article_id=2096&menutype=1&articlegroup_id=330

พรทิพย์ ไขสะอาด. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2551). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของครอบครัวไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 22*(1), 1-7.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล, 29(*4), 22-31.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *ปี 59 สปสช. จับมือภาคี เปิดงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต*. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2015/12/11414

สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล, 42*(3), 159-167.

สุพัตรา ทองคุณ. (2545). *กระบวนการปรับตัวของภรรยาของผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาที่จังหวัดนครพนม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เสาวภา พร้าวตะคุ. (2549). *การเปรียบเทียบความต้องการความช่วยเหลือและความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2553). *คู่มือการให้คำปรึกษาคู่สมรส*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิ่ง.

อภิญญา เจริญฉ่ำ. (2551). *ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). *จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่สมรส*. กรุงเทพฯ: ซันต้าการพิมพ์.

Agard, A. S., Egerod, I., Tonnesen, E., & Lomborg, K. (2015). From spouse to caregiver and back: A grounded theory study of post-intensive care unit spousal caregiving. *The Journal of Advanced Nursing, 71*(8), 1892-1903.

Brichford, C., & Carson-DeWitt, R. (2014). *Schizophrenia in marriage & long-term relationships*. Retrieved from http://www.everydayhealth.com/hs/schizophrenia-caregiver-guide/schizophrenia-&-relationships/

Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as a phenomenologist views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). New York: Oxford University Press.

Gottlieb, B. H. (1985). Assessing and strengthening the impact of social support on mental health. *Social Work, 30*(4), 293-300.

Husserl, E. (1969). *Ideas: General introduction to pure phenomenology* (5th ed.). London: George Allen and Unwin.

Ikebuchi, E. (2006). Support of love, marriage, and childcare of persons with schizophrenia. *Japanese Journal of Psychiatric Treatment, 21*, 95-104.

Ip, G. S. H., & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The experiences of family carers in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing, 12*(5), 288-294.

Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2004). The disregarded caregivers: Subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin, 30*(3), 665-675.

Kageyama, M., Yokoyama, K., Nagata, S., Kita, S., Nakamura, Y., Kobayashi, S., & Solomon, P. (2015). Rate of family violence among patients with schizophrenia in Japan. *Asia-Pacific Journal of Public Health, 27*(6), 652-660.

Kaushik, P., & Bhatia, M. S. (2013). Burden and quality of life in spouses of patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Delhi Psychiatry Journal, 16*(1), 83-89.

Kumari, S., Singh, A. R., Verma, A. N., Verma, P. K., & Chaudhury, S. (2009). Subjective burden on spouses of schizophrenia patients. *Industrial Psychiatry Journal, 18*(2), 97-100.

Lasswell, T. E., & Lasswell, M. E. (1976). I love you but I'm not in love with you. *Journal of Marriage and Family Counseling, 2*(3), 211-224.

Lawn, S., & McMahon, J. (2014). The importance of relationship in understanding the experiences of spouse mental health carers. *Qualitative Health Research, 24*(2), 254-266.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Mizuno, E., Iwasaki, M., & Sakai, I. (2011). Subjective experiences of husbands of spouses with schizophrenia: An analysis of the husbands' descriptions of their experiences. *Archives of Psychiatric Nursing, 25*(5), 366-375.

Montgomery, R. J. V, Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations, 34*(1), 19-26.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. *Psychology and Aging, 26*(1), 1-14.

Seeman, M. V. (2012). Bad, burdened or ill? Characterizing the spouses of women with schizophrenia. *The International Journal of Social Psychiatry, 59*(8), 805-810.

Thara, R., & Srinivasan, T. N. (1997). Outcome of marriage in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32*(7), 416-420.

Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston, MA: Little Brown.

Yin, Y., Zhang, W., Hu, Z., Jia, F., Li, Y., Xu, H., … Qu, Z. (2014). Experiences of stigma and discrimination among caregivers of persons with schizophrenia in China: A field survey. *PLoS ONE, 9*(9), 1-11.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี

Development of the Clinical Practice Guidelines for Postoperative Patients with Facial Fracture, Plastic Surgery Ward, Udonthani Hospital

พิชญา กองทอง, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) [1]
Pichaya Kongthong, M.N.S. (Nursing Administration) [1]
อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) [2]
Amornrat Akkarasetsakul, M.N.S. (Nursing Administration) [2]

Received: May 21, 2019 Revised: June 18, 2020 Accepted: June 20, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด และเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหัก หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความคิดเห็นของพยาบาลต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น .92 และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น .83 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วยแนวปฏิบัติย่อย 7 แนวปฏิบัติตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1) ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน 2) มี/เสี่ยงต่อภาวะ bleeding จากจมูก ไซนัส ฟัน ลิ้น เยื่อบุช่องปาก 3) ปวดแผลผ่าตัดมากในช่องปาก หรือเนื้อเยื่อใบหน้าที่ได้รับบาดเจ็บบวม ช้ำ 4) มีบาดแผลหรือบาดเจ็บที่บริเวณใบหน้า/ช่องปาก 5) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อภายในช่องปากและกระดูกหลังผ่าตัด 6) ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน และ 7) เสี่ยง/มีภาวะทุพโภชนาการหลังผ่าตัด หรือมีน้ำหนักลด พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยรวมในระดับดีมาก (M = 4.36, SD = .71) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยรวมในระดับมากที่สุด (M = 4.42, SD = .51)

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี
[1] Registered Nurse, Professional Level, Udonthani Hospital
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
[2] Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani
[2] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: krujeib@gmail.com

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี ควรนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหัก โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหัก ระยะหลังผ่าตัด

Abstract

This action research aimed to develop the clinical practice guidelines for postoperative patients as well as to examine the effectiveness of the guidelines. The samples consisted of 10 registered nurses who took care of the patients with facial fracture, Plastic Surgery Ward, Udonthani Hospital. The research instrument was a three-part questionnaire including the personal data, the nurse's opinions regarding the quality of the guidelines with the reliability of .92, and the nurse's satisfaction toward the guidelines with the reliability of .83. The implementation and data collection were conducted from March to August, 2017. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that the clinical practice guidelines for postoperative patients were composed of seven sub-guidelines following to the nursing diagnosis including 1) upper airway obstruction, 2) bleeding, 3) facial pain, 4) soft tissue injury, 5) oral infection, 6) poor health education for facial injury, and 7) malnutrition or weight loss. Nurses had the overall mean score of opinions regarding the quality of the guidelines at the very good level (M = 4.36, SD = .71) and they had the overall mean score of satisfaction toward the guidelines at the highest level (M = 4.42, SD = .51).

This research suggests that nurses who work at Plastic Surgery Ward, Udonthani Hospital should apply this clinical practice guidelines for postoperative patients to care the patients with facial fracture according to the patient's contexts.

Keywords: Guideline, Patient with facial fracture, Postoperative phase

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและขากรรไกรมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางการจราจร นอกจากนี้ยังเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การตกจากที่สูง การทำงาน การต่อสู้ทำร้ายร่างกาย รวมถึงอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬาที่มีการปะทะกัน เช่น รักบี้ ฟุตบอล การบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและขากรรไกรแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่ การบาดเจ็บที่เนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue injuries) การบาดเจ็บที่ฟันและกระดูกเบ้าฟัน (dentoalveolar injuries) และการบาดเจ็บที่กระดูกขากรรไกรและใบหน้า (facial bone fracture) (Miloro, Ghali, Larsen, & Waite, 2004) การบาดเจ็บที่ใบหน้าที่มีการเคลื่อนของกระดูกใบหน้าที่หัก (displaced facial fracture) อาจทำให้เกิดอาการบวมและการอุดกั้นทางเดินหายใจได้ โดยเฉพาะกระดูกขากรรไกรล่าง ซึ่งการบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและขากรรไกรที่มีการหักของขากรรไกรบนและล่างพร้อมกัน ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการจัดกระดูก โดยการจัดกระดูกให้เข้าที่ต้องคำนึงถึงการสบฟัน (occlusion) ด้วย วิธีการรักษาที่สำคัญประการหนึ่งที่ช่วยได้อย่างดี คือ การมัดฟัน (intermaxillary fixation [IMF] หรือ maxillomandibular fixation [MMF]) อันเป็นการยึดฟันบนและล่างไว้ด้วยกันในลักษณะที่ทำให้

การสบฟันดีที่สุด ซึ่งมีประโยชน์ คือ เป็นทั้งการจัดกระดูกให้เข้าที่ (reduction) ให้สามารถใช้งานได้ และเป็นการยึดกระดูกให้นิ่ง (fixation) ไปในเวลาเดียวกัน แต่ข้อเสียที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยจะอ้าปากไม่ได้ ทำให้รับประทานอาหารได้ลำบาก ได้รับโภชนาการไม่เพียงพอ พูดไม่ชัดเจน สุขอนามัยในช่องปากไม่ดี (ชัยรัตน์ บุรุษพัฒน์, 2556)

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณใบหน้านั้น หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องตั้งแต่แรก จะสามารถลดโอกาสการเกิดความพิการถาวรได้ แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น สมอง กระดูกสันหลัง ทรวงอก แขนขา ลำดับของการดูแลรักษาจึงมีความสำคัญ โดยยึดตามหลักการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทั่วไป เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตจากปัญหาของอวัยวะอื่น ๆ แล้ว จึงรีบให้การดูแลรักษาอาการบาดเจ็บของใบหน้า ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ยกเว้นในบางกรณี เช่น กระดูกขากรรไกรบนหัก อาจเสียเลือดมากจนถึงขั้นช็อก ซึ่งต้องรีบดำเนินการแก้ไข (นนท์ โรจน์วชิรนนท์, ม.ป.ป.)

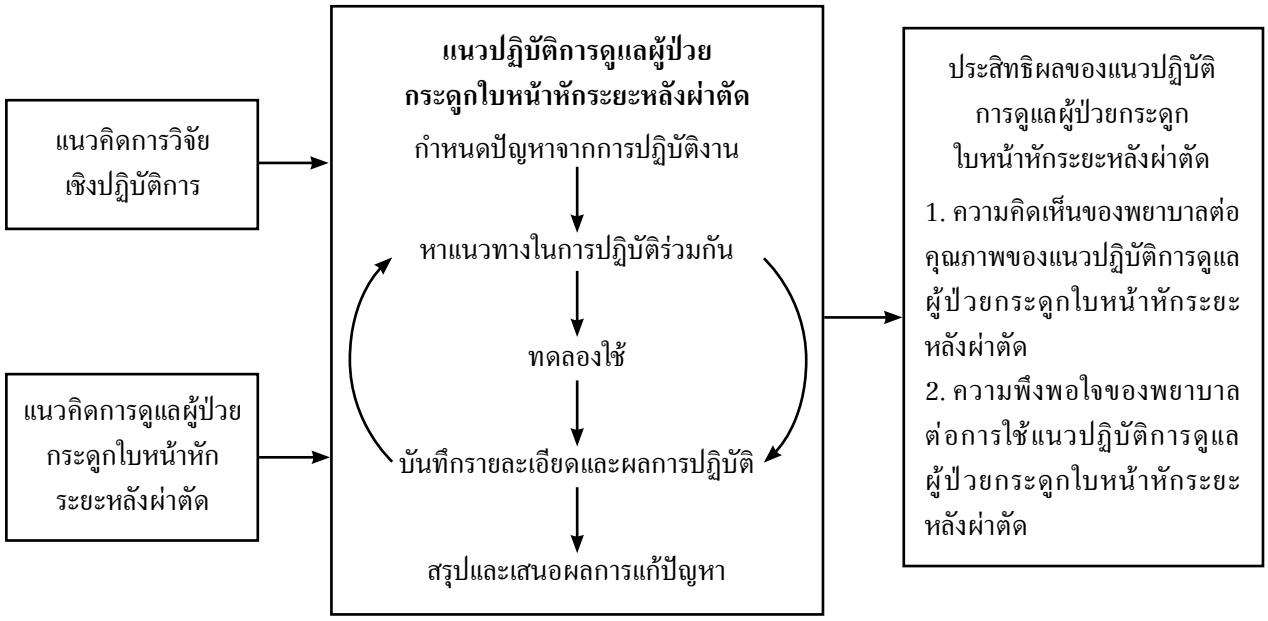
จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและมีกระดูกใบหน้าหัก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2558 และ 2559 มีจำนวน 99 คน และ 138 คน ตามลำดับ โดยผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยการยึดตรึงด้วยเหล็กดาม (plate) สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน จำนวน 53 คน และ 85 คน ตามลำดับ (หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี, 2560) ซึ่งสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การป้องกันและแก้ไขภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ โดยเฉพาะทางเดินหายใจส่วนบน ทั้งนี้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี ยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดที่ได้มาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับคณะผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้คุณภาพและมาตรฐานทางการพยาบาล สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการและหลักการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี โดยดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหาจากการปฏิบัติงาน 2) การหาแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน 3) การบันทึกรายละเอียดและผลการปฏิบัติ และ 4) การสรุปและเสนอผลการแก้ปัญหา โดยประเมินประสิทธิผลเรื่องความคิดเห็นของพยาบาลต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2560 จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีสุขภาพแข็งแรง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ขอถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด จำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพในระดับควรปรับปรุง (1-1.79 คะแนน) ในระดับพอใช้ (1.80-2.59 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.60-3.39 คะแนน) ในระดับดี (3.40-4.19 คะแนน) และในระดับดีมาก (4.20-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1-1.79 คะแนน) ในระดับน้อย (1.80-2.59 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.60-3.39 คะแนน) ในระดับมาก (3.40-4.19 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.20-5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยศัลยแพทย์และพยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .80 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ หาค่าความเชื่อมั่นในส่วนความคิดเห็นของพยาบาลต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติฯ และในส่วนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ จากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .92 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี (เอกสารรับรอง เลขที่ 24/2560 วันที่ 8 พฤษภาคม 2560) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนิน

การวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัย (ผู้วิจัยหลักเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง) ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในส่วนข้อมูลส่วนบุคคล โดยให้เวลา 5 นาที จากนั้นดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาจากการปฏิบัติงาน ดำเนินการดังนี้

1.1 คณะผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โดยทบทวนกิจกรรมการรักษาพยาบาล และสถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในรอบปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด

1.2 คณะผู้วิจัยศึกษาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน จากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 การหาแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน ดำเนินการดังนี้

2.1 คณะผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โดยร่วมกันร่างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน ที่จำแนกตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7 ข้อ ได้แก่ 1) ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน (upper airway obstruction) 2) มี/เสี่ยงต่อภาวะ bleeding จากจมูก ไซนัส ฟัน ลิ้น เยื่อบุช่องปาก 3) ปวดแผลผ่าตัดมากในช่องปาก หรือเนื้อเยื่อใบหน้าที่ได้รับบาดเจ็บบวม ช้ำ (facial pain) 4) มีบาดแผลหรือบาดเจ็บที่บริเวณใบหน้า/ช่องปาก (soft tissue injury) 5) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อภายในช่องปากและกระดูก (oral infection) หลังผ่าตัด 6) ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน (poor health education for facial injury) และ 7) เสี่ยง/มีภาวะทุพโภชนาการหลังผ่าตัด หรือมีน้ำหนักลด (malnutrition or weight loss)

2.2 คณะผู้วิจัยมอบหมายให้พยาบาล จำนวน 10 คน นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟันไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 10 คน ทั้งนี้ พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามเวรที่ขึ้นปฏิบัติ และส่งต่อข้อมูลโดยการบันทึกทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 การบันทึกรายละเอียดและผลการปฏิบัติ ดำเนินการดังนี้

3.1 คณะผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด โดยให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ จำนวน 10 คน ตอบแบบสอบถามในส่วนความคิดเห็นของพยาบาลต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด และในส่วนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด โดยให้เวลา 15-20 นาที

3.2 คณะผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โดยร่วมกันพิจารณาผลการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติฯ รวมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปและเสนอผลการแก้ปัญหา ดำเนินการดังนี้

คณะผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โดยร่วมกันสรุปผลการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดไปใช้ รวมทั้งทบทวนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ เพื่อนำเสนอข้อมูลต่อผู้บริหารต่อไป

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2560

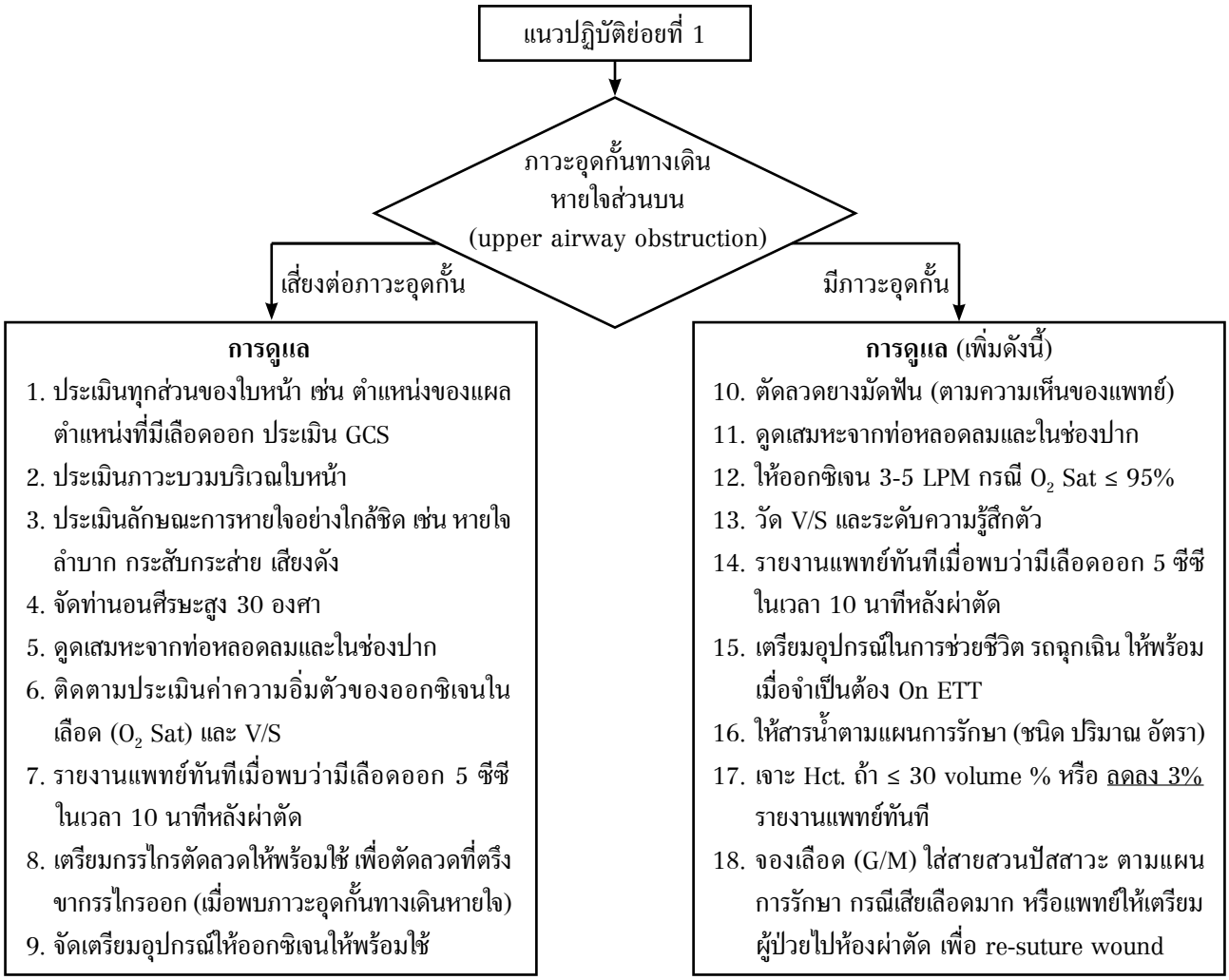
การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติฯ และข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อ

การใช้แนวปฏิบัติฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

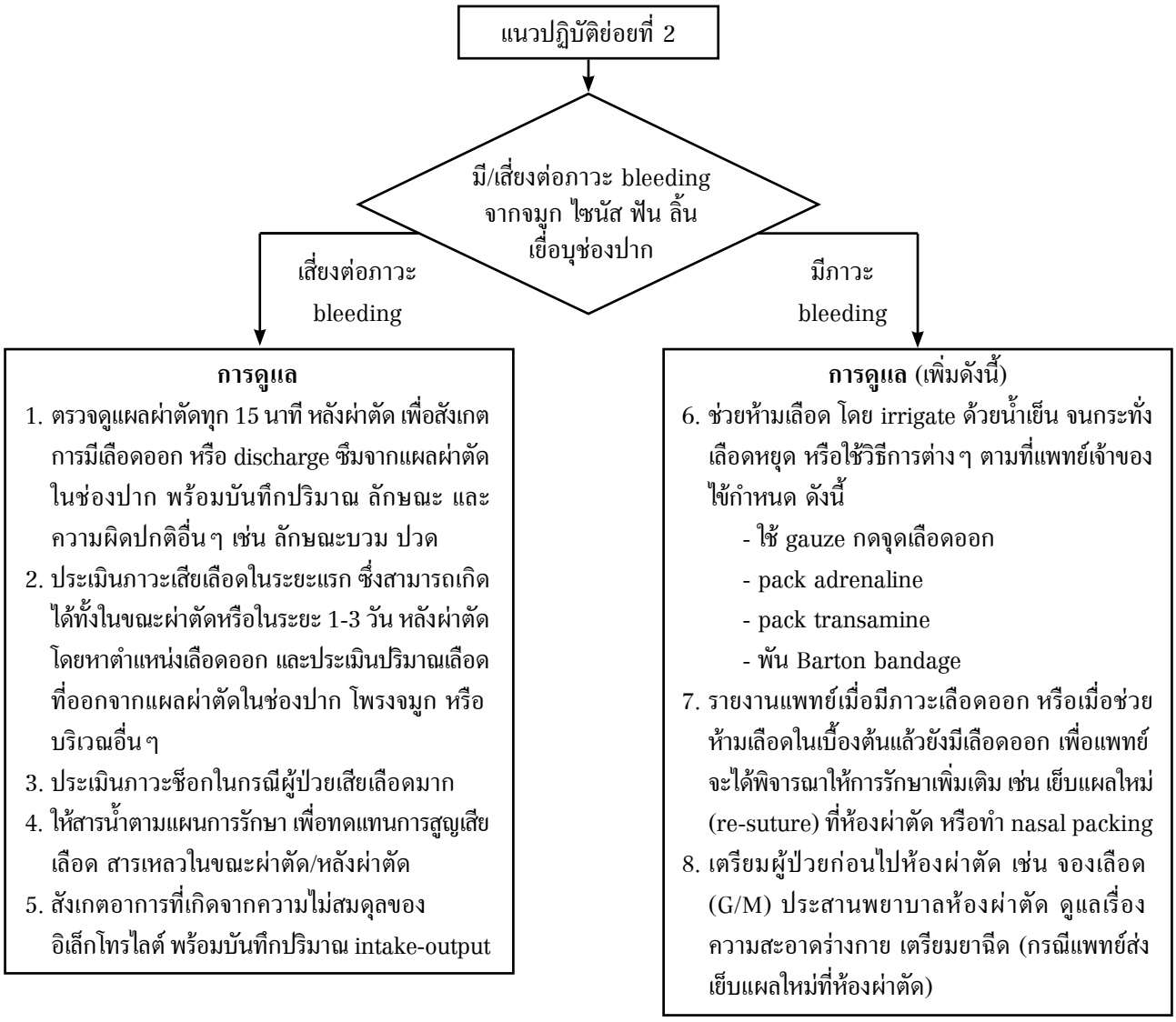
ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 23-35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 80

2. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน เป็นแนวปฏิบัติที่เกิดจากความร่วมมือของหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี โดยคณะผู้วิจัยทำหน้าที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวก ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวประกอบด้วยแนวปฏิบัติย่อย 7 แนวปฏิบัติ ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1) ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน (upper airway obstruction) 2) มี/เสี่ยงต่อภาวะ bleeding จากจมูก ไซนัส ฟัน ลิ้น เยื่อบุช่องปาก 3) ปวดแผลผ่าตัดมากในช่องปาก หรือเนื้อเยื่อใบหน้าที่ได้รับบาดเจ็บบวม ช้ำ (facial pain) 4) มีบาดแผลหรือบาดเจ็บที่บริเวณใบหน้า/ช่องปาก (soft tissue injury) 5) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อภายในช่องปากและกระดูก (oral infection) หลังผ่าตัด 6) ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน (poor health education for facial injury) และ 7) เสี่ยง/มีภาวะทุพโภชนาการหลังผ่าตัด หรือมีน้ำหนักลด (malnutrition or weight loss) โดยคณะผู้วิจัยขอนำเสนอแนวปฏิบัติย่อยที่สำคัญ 2 แนวปฏิบัติ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 และแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด ที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน (upper airway obstruction)



แผนภาพที่ 3 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด ที่มี/เสี่ยงต่อภาวะ bleeding จากจมูก ไซนัส ฟัน ลิ้น เยื่อบุช่องปาก

3. ความคิดเห็นของพยาบาลต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นฯ โดยรวมในระดับดีมาก (M = 4.36, SD = .78) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นฯ สูงสุด 3 ข้อ ได้แก่ “สามารถนำไปใช้ปฏิบัติจริงได้” (M = 4.60, SD = .52) “พิมพ์ได้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การจัดทำเอกสาร” (M = 4.60, SD = .52) และ “ตัวอักษร/แผนภาพประกอบชัดเจน” (M = 4.60, SD = .70) และที่ต่ำสุด คือ “มีความชัดเจนทุกขั้นตอน” (M = 4.10, SD = .57) และ “พิมพ์ไม่ผิด ไม่ตก” (M = 4.10, SD = .99) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด (n = 10)

ความคิดเห็นของพยาบาลต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติฯ	*M*	*SD*	ระดับ
1. สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง	4.40	1.07	ดีมาก
2. สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพยาบาล	4.40	1.07	ดีมาก
3. ครอบคลุมกรอบการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน	4.30	.67	ดีมาก
4. มีความชัดเจนทุกขั้นตอน	4.10	.57	ดี
5. ให้ความรู้ใหม่เพิ่มขึ้น	4.20	.79	ดีมาก
6. มีความสอดคล้องกันทุกขั้นตอน	4.40	.84	ดีมาก
7. มีความเหมาะสม และทันสมัย	4.30	.67	ดีมาก
8. สามารถนำไปใช้ปฏิบัติจริงได้	4.60	.52	ดีมาก
9. ภาษาที่ใช้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การใช้ภาษา	4.40	.52	ดีมาก
10. สำนวนภาษาที่ใช้ถูกต้อง เหมาะสม และสัมพันธ์กัน	4.50	.53	ดีมาก
11. ภาษาที่ใช้สละสลวย เหมาะกับแนวปฏิบัติฯ	4.30	.82	ดีมาก
12. สำนวนภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย	4.50	.71	ดีมาก
13. พิมพ์ได้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การจัดทำเอกสาร	4.60	.52	ดีมาก
14. ตัวอักษร/แผนภาพประกอบชัดเจน	4.60	.70	ดีมาก
15. เว้นวรรคตอนได้ถูกต้อง	4.40	.70	ดีมาก
16. พิมพ์ไม่ผิด ไม่ตก	4.10	.99	ดี
17. ขนาดเอกสารเหมาะสมกับการนำไปใช้	4.30	.82	ดีมาก
18. สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างสะดวก	4.30	.82	ดีมาก
19. สามารถนำไปใช้ได้อย่างประหยัดและคุ้มค่า	4.20	.79	ดีมาก
โดยรวม	4.36	.78	ดีมาก

4. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจฯ โดยรวมในระดับมากที่สุด (M = 4.42, SD = .58) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจฯ สูงสุด 5 ข้อ ได้แก่ “แนวปฏิบัติง่ายต่อการดูแลผู้ป่วย” (M = 4.80, SD = .42) “แนวปฏิบัติสะดวกต่อการทำงาน” (M = 4.80, SD = .42) “แนวปฏิบัติส่งเสริมการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง” (M = 4.80, SD = .42) “สามารถใช้ประโยชน์จากแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้” (M = 4.80, SD = .42) และ “แนวปฏิบัติช่วยให้สามารถบันทึกได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล” (M = 4.80, SD = .42) และที่ต่ำสุด คือ “การแนะนำข้อมูลแก่ผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย” (M = 3.80, SD = .79) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด (n = 10)

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ	*M*	*SD*	ระดับ
1. การบันทึกในแนวปฏิบัติกระชับและครอบคลุม	4.20	.92	มากที่สุด
2. แนวปฏิบัติง่ายต่อการดูแลผู้ป่วย	4.80	.42	มากที่สุด
3. แนวปฏิบัติลดระยะเวลาทำงาน	4.60	.70	มากที่สุด
4. แนวปฏิบัติสะดวกในการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	4.60	.52	มากที่สุด
5. แนวปฏิบัติทำให้กิจกรรมการพยาบาลรวดเร็วขึ้น	4.40	.70	มากที่สุด
6. มีแนวทางในการจำหน่ายผู้ป่วย	4.40	.70	มากที่สุด
7. การแนะนำข้อมูลแก่ผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย	3.80	.79	มาก
8. แนวปฏิบัติสะดวกต่อการทำงาน	4.80	.42	มากที่สุด
9. สามารถระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ง่าย	4.00	.67	มาก
10. แนวปฏิบัติทำให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการพยาบาลได้	4.10	.57	มาก
11. แนวปฏิบัติช่วยให้สามารถติดตามผลการรักษาพยาบาลได้ง่าย	4.10	.57	มาก
12. แนวปฏิบัติช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม	4.40	.70	มากที่สุด
13. แนวปฏิบัติมีการเรียงลำดับและจัดกลุ่มข้อมูล ทำให้สะดวกในการปฏิบัติงาน	4.60	.70	มากที่สุด
14. แนวปฏิบัติมีความสะดวก เหมาะสมกับภาระงานประจำของพยาบาล	4.60	.70	มากที่สุด
15. แนวปฏิบัติสามารถใช้ประกอบการประกันคุณภาพการพยาบาลได้	4.20	.42	มากที่สุด
16. แนวปฏิบัติส่งเสริมการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.80	.42	มากที่สุด
17. แนวปฏิบัติใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายได้	4.20	.42	มากที่สุด
18. แนวปฏิบัติทำให้มองเห็นอาการของผู้ป่วยได้ชัดเจน	4.20	.42	มากที่สุด
19. สามารถใช้ประโยชน์จากแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้	4.80	.42	มากที่สุด
20. แนวปฏิบัติช่วยให้สามารถบันทึกได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล	4.80	.42	มากที่สุด
โดยรวม	4.42	.58	มากที่สุด

5. ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ มีปัญหา อุปสรรค ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ bleeding ยังไม่ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 90

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน เกิดจากความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยแนวปฏิบัติประกอบด้วยแนวปฏิบัติย่อย 7 แนวปฏิบัติ ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ปวดแผลผ่าตัดมากในช่องปาก หรือเนื้อเยื่อใบหน้าที่ได้รับบาดเจ็บบวม ช้ำ เสี่ยง/มีภาวะทุพโภชนาการหลังผ่าตัด หรือมีน้ำหนักลด ทั้งนี้เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งการนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงมีการบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งในส่วนผลการประเมินอาการของผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย กิจกรรมที่ปฏิบัติ และผลการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งการรักษา การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีการบันทึกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของพยาบาล และแสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ (จันทร์ทิรา เจียรณัย, 2551)

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด สูงสุด 3 ข้อ ได้แก่ “สามารถนำไปใช้ปฏิบัติจริงได้” “พิมพ์ได้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การจัดทำเอกสาร” และ “ตัวอักษร/แผนภาพประกอบชัดเจน” ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-10 ปี (ร้อยละ 80) ทำให้ไม่รู้สึกยากลำบากในการใช้แนวปฏิบัติฯ ประกอบกับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเหล่านี้ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ มาตั้งแต่ต้น สอดคล้องกับแนวคิดของจันทร์ทิรา เจียรณัย (2551) ที่ว่า แนวทางการปฏิบัติที่ดีช่วยให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้รับบริการ ซึ่งทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ถูกต้องมากขึ้น และช่วยลดความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด ต่ำสุด คือ “การแนะนำข้อมูลแก่ผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย” ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน ที่พัฒนาขึ้นนี้ ยังไม่ครอบคลุมแนวทางการแนะนำข้อมูลที่ครบถ้วนในการจำหน่ายผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีปัญหา อุปสรรค ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ bleeding ยังไม่ชัดเจน (ร้อยละ 90) ทั้งนี้อาจเนื่องจากในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟัน จากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แต่ยังไม่เจาะจงหรือลุ่มลึกพอทำให้การพัฒนาแนวปฏิบัติย่อยบางส่วนไม่ชัดเจน ทั้งนี้ ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิจัยเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice [EBP]) เพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งการมีแนวปฏิบัติที่ดีเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการประกันคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2551) อย่างไรก็ตาม ถือเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับองค์กรด้านการดูแลสุขภาพในการที่จะส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้การดูแลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นการช่วยตัดสินใจระหว่างผู้ปฏิบัติกับผู้รับบริการเกี่ยวกับทางเลือกของการดูแล (DaCruz, 2002) โดยการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ถือเป็นมาตรฐานหลักสำหรับการดูแลผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี ควรนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดยึดตรึงด้วยเหล็กดาม สกรูตัวจิ๋ว และใส่ลวดมัดฟันอย่างต่อเนื่อง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติย่อยในการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัดให้ครอบคลุมโดยอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การแนะนำข้อมูลที่ครบถ้วนในการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งควรศึกษาประสิทธิผลอื่น ๆ ของแนวปฏิบัติฯ เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

จันทร์ทิรา เจียรณัย. (2555). *การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing documentation)*. สืบค้นจาก http://www.docstoc.com/.../Nursing-Documentation

ชัยรัตน์ บุรุษพัฒน์. (2556). หลักการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณใบหน้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก, 66*(2), 79-82.

นนท์ โรจน์วชิรนนท์. (ม.ป.ป.). *เอกสารประกอบคำสอนเรื่องการบาดเจ็บบนใบหน้า*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2551). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์*. กรุงเทพฯ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี. (2560). *รายงานประจำปี 2558 และ 2559*. อุดรธานี: ผู้แต่ง.

DaCruz, D. (2002). You have a choice, dear patient. *British Medical Journal, 324*, 674.

Miloro, M., Ghali, G. E., Larsen, P., & Waite, P. (2004). *Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery* (2nd ed.). Hamilton: BC Decker.

รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Model of Participation among Faculties, Staff, and Students in Solid Waste Management at Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) [1]
Busayarat Loysak, M.N.S. (Adult Nursing) [1]
จีราภา ศรีท่าไฮ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) [2]
Jerapa Srithahai, M.N.S. (Pediatric Nursing) [2]
วรัญญา ชลธารกัมปนาท, พย.ม. (การผดุงครรภ์) [3]
Waranya Chonlatankampanat, M.N.S. (Midwifery) [3]

Received: May 5, 2020 Revised: May 29, 2020 Accepted: June 5, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา และเพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยและปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี รวมจำนวน 688 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย มีค่าความเชื่อมั่น .86 แบบทดสอบความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย มีค่าความเชื่อมั่น .95 แบบบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัย และแบบสัมภาษณ์การจัดการขยะมูลฝอย ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed-rank test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอย การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการจัดการขยะมูลฝอย และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการจัดการขยะมูลฝอย หลังการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -10.979$, $p < .001$; $Z = -13.462$, $p < .001$ และ $Z = -14.605$, $p < .001$ ตามลำดับ) และปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัยลดลง

[1, 3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1, 3] Registered Nurse, Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: busayarat@pnc.ac.th
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[2] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารสถาบันการศึกษาควรนำรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงานขององค์กร

คำสำคัญ: การจัดการขยะมูลฝอย การมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory action research aimed to create model of participation among faculties, staff, and students in solid waste management as well as to explore the effects of using the model on knowledge, attitude, and behavior regarding solid waste management and volume of solid waste. The samples consisted of 688 faculties, staff, and students at Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. The research instruments included the personal information questionnaire, the participation in solid waste management questionnaire with the reliability of .86, the knowledge regarding solid waste management test with the reliability of .78, the attitude regarding solid waste management questionnaire with the reliability of .90, the behavior regarding solid waste management questionnaire with the reliability of .95, the volume of solid waste record form, and the solid waste management interview guide. The implementation and data collection were conducted from October, 2019 to January, 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon signed-rank test, and content analysis.

The research results revealed that the model of participation among faculties, staff, and students in solid waste management were composed of the participation in decision making for solid waste management, the participation in performing for solid waste management, the participation in benefit receiving from solid waste management, and the participation in evaluating for solid waste management. Additionally, after using the model, the samples had statistically significant higher mean scores of knowledge, attitude, and behavior regarding solid waste management than those of before using the model ($Z = -10.979$, $p < .001$; $Z = -13.462$, $p < .001$ and $Z = -14.605$, $p < .001$, respectively). Additionally, it was found that the volume of solid waste was decreased.

This research suggests that educational executives should apply this solid waste management model for developing the model of participation among staff in solid waste management in order to get the effective outcomes.

Keywords: Solid waste management, Participation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ปัญหาขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันแก้ไข เพราะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครัวเรือน ระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับประเทศ จนถึงระดับโลก และนับวันจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร ตลอดจนพฤติกรรมการอุปโภคบริโภค ในปี พ.ศ. 2557 คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้หยิบยกการแก้ไขปัญหาขยะเป็นวาระแห่งชาติ สืบเนื่องมาจากปริมาณขยะมูลฝอย รวมถึงของเสียอันตรายจากชุมชน สถานบริการ

ต่าง ๆ และโรงงานอุตสาหกรรม ได้เกิดขึ้นจำนวนมาก โดยมีขยะมูลฝอยเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ถูกนำไปกำจัดอย่างถูกวิธี ส่งผลให้เกิดปัญหาขยะตกค้างจำนวนมาก รวมถึงของเสียอันตรายและขยะติดเชื้อบางส่วนได้ถูกนำไปทิ้งตามที่รกร้างและสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชน (กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2558ก)

ปัญหาขยะมูลฝอยเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม จากรายงานสถานการณ์การเกิดขยะมูลฝอย ของกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ระบุว่า ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา โดยภาพรวมทั้งประเทศมีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นทุกปี กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2552 มีปริมาณขยะมูลฝอยทั่วประเทศประมาณ 24.11 ล้านตัน (กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2558ก) ส่วนในช่วงปี พ.ศ. 2557-2561 มีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นเป็น 26.19 ล้านตัน 26.85 ล้านตัน 27.06 ล้านตัน 27.37 ล้านตัน และ 27.93 ล้านตัน ตามลำดับ โดยจังหวัดจันทบุรีเป็นจังหวัดลำดับที่ 35, 36, 36, 42 และ 22 ตามลำดับที่มีปัญหาขยะมูลฝอยตกค้างสะสมในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ดำเนินการไม่ถูกต้อง โดยมีปริมาณขยะมูลฝอยตกค้างสะสมถึง 80,475 ตัน 77,150 ตัน 52,721 ตัน 12,580 ตัน และ 52,721 ตัน ตามลำดับ (กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2558ก, 2558ข, 2560, 2561ก, 2561ข) เนื่องจากมีการขยายตัวของชุมชนเมือง และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมเมือง อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การส่งเสริมการท่องเที่ยว และการบริโภคที่เพิ่มมากขึ้น ก็ยิ่งส่งผลให้ขยะมูลฝอยในหลายพื้นที่มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น (กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2561ข) ซึ่งการร่วมมือกันของทุกภาคส่วนจะทำให้เกิดกระบวนการจัดการขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพ

การทำงานแบบมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับโรงเรียน ระดับองค์กร หรือระดับประเทศ นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนทัศน์ปัจจุบัน เนื่องจากจะช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ (ownership) ทำให้ผู้มีส่วนร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้นยินยอมปฏิบัติตาม (compliance) รวมถึงตกลงยอมรับ (commitment) อย่างสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการทำงาน จึงนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไขปัญหา รวมถึงการหาแนวทางการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพราะเมื่อบุคลากรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานด้วยแล้ว จะช่วยลดการต่อต้านเกี่ยวกับแนวคิดและการดำเนินงาน รวมทั้งช่วยลดความขัดแย้งและความเครียดจากการทำงาน ทำให้บุคลากรได้ร่วมกันพิจารณาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายและยอมรับการเปลี่ยนแปลง เกิดความมุ่งมั่นในการสร้างความสำเร็จให้แก่องค์กร รู้สึกพึงพอใจในผลงาน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและผูกพันกับองค์กร โดยบุคลากรทุกคนควรมีส่วนร่วมในการทำงาน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Cohen & Uphoff, 1981) เพื่อให้เกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และทำให้เป็นการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป เพราะเมื่อบุคลากรมีความร่วมมือกันแล้วก็จะทำให้งานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างแท้จริง (จรรยา ปานพรม, 2554; ปฐมา ไวยวุฒินันท์ และประจักร บัวผัน, 2554; ปภาวรินท์ นาจำปา, 2557; อภิชาติ ตั้งปรัชญากูล, สุวารีย์ ศรีปูณะ, และสม นาสอ้าน, 2559)

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มีปริมาณขยะมูลฝอยสะสมต่อเดือนค่อนข้างมาก โดยในเดือนตุลาคม 2562 มีปริมาณขยะมูลฝอย 2,709 กิโลกรัม ซึ่งขยะมูลฝอยที่พบมากที่สุด คือ เศษอาหารและขยะมูลฝอยที่ย่อยสลายได้ และพบว่า 1 ใน 3 ของขยะมูลฝอยทั้งหมดเป็นขยะมูลฝอยรีไซเคิล เช่น ขวดพลาสติก ถุงหูหิ้ว ซึ่งปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และยังไม่มีกระบวนการคัดแยกขยะมูลฝอยที่ชัดเจน ทั้งนี้ วิทยาลัยได้ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของการแก้ไขปัญหาดังกล่าว รวมทั้งเห็นว่าการจะแก้ไขปัญหาให้ได้ผลอย่างยั่งยืนในระยะยาวนั้น จะต้องสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรและนักศึกษา ด้วยการปลูกจิตสำนึกที่ดีในเรื่องการทิ้งขยะมูลฝอย การคัดแยกขยะมูลฝอย และการลดการใช้พลาสติก เพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัย ส่งผลให้สถานที่ในวิทยาลัยสะอาด มีสิ่งแวดล้อมที่สวยงาม มีบรรยากาศที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เพื่อให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา มีการรับรู้ ยอมรับ และตระหนักถึงปัญหา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้แนวทางการแก้ไขปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของวิทยาลัย อันจะนำไปสู่กระบวนการแก้ไขปัญหาในการจัดการขยะมูลฝอยที่เป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และเกิด

ความยั่งยืน ที่สำคัญ คือ การเริ่มต้นจากวิทยาลัย ซึ่งเป็นชุมชนเล็ก ๆ แล้วประสบผลสำเร็จในเรื่องการจัดการขยะมูลฝอย ก็จะสามารถขยายผลไปยังชุมชนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย และปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัย

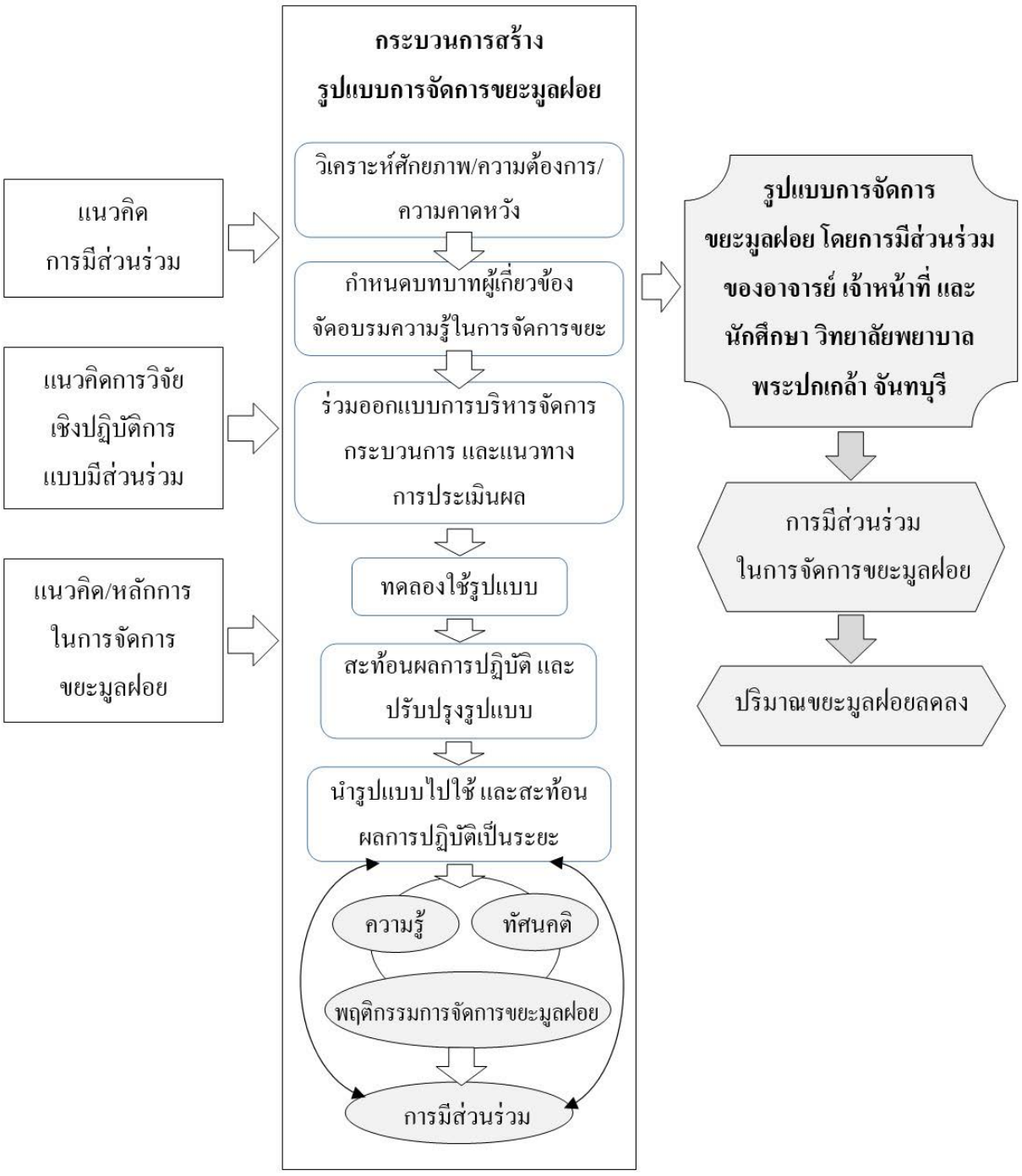
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ

2. หลังการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัยต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1981) แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และแนวคิด/หลักการในการจัดการขยะมูลฝอยมาใช้ในการสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ซึ่งการมีส่วนร่วมประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ส่วนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อม 2) การดำเนินการสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา 3) การส่งเสริมและกระตุ้นให้ปฏิบัติตามรูปแบบฯ และ 4) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยประเมินในเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย และปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research [PAR])

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นอาจารย์ และกลุ่มที่ 2 เป็นเจ้าหน้าที่ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2562 จำนวน 58 คน และ 60 คน ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ปฏิบัติงานในช่วงเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ขอถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน และ 40 คน ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ 3 เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2562 จำนวน 595 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ กำลังศึกษาอยู่ในช่วงเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ขอถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 595 คน รวมจำนวน 688 คน (การสอบถามเชิงปริมาณ) สำหรับการสอบถามเชิงคุณภาพ มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ขอถอนตัวจากการวิจัย เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบโควตา ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นอาจารย์ จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่ จำนวน 5 คน และนักศึกษา จำนวน 20 คน (ชั้นปีละ 5 คน) รวมจำนวน 30 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานะ/ตำแหน่ง รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ จำนวน 6 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จำนวน 6 ข้อ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 23 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมในระดับน้อยที่สุด (1-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบทดสอบความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้ต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้สูง

ชุดที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีเจตคติในระดับไม่ดีอย่างยิ่ง (1-1.50 คะแนน) ในระดับไม่ดี (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับดี (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับดีอย่างยิ่ง (4.51-5 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุด (1-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ และปริมาณขยะมูลฝอย (หน่วยเป็น กก.)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์การจัดการขยะมูลฝอย คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับประเภทของ

ขยะมูลฝอย ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดขยะมูลฝอย วิธีการคัดแยกขยะมูลฝอย วิธีการกำจัด/จัดการขยะมูลฝอยแต่ละประเภท ผู้รับผิดชอบการจัดการขยะมูลฝอย แหล่งความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอย การมีส่วนร่วมในการคิดแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอย วิธีการ/แนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย และแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาหรือมาตรการเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย แบบทดสอบความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย แบบสอบถามทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ อาจารย์พยาบาล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .95 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับบัณฑิตพยาบาลที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา (เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ณ ปีการศึกษา 2561) จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .78 ส่วนแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย แบบสอบถามทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .86, .90 และ .95 ตามลำดับ ส่วนแบบสัมภาษณ์การจัดการขยะมูลฝอย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 028 วันที่ 13 พฤษภาคม 2562) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อม ดำเนินการดังนี้

1.1 คณะผู้วิจัยพบอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย แบบสอบถามทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย โดยให้เวลา 25-30 นาที และวัดปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัย ก่อนการใช้รูปแบบ (pre-test) และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก

1.2 คณะผู้วิจัยดำเนินการระดมสมองผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา โดยวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยที่ผ่านมาของวิทยาลัย ในประเด็นวิธีดำเนินการ ผลการดำเนินการ และปัญหา อุปสรรคที่พบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย

1.3 คณะผู้วิจัยสร้างการมีส่วนร่วมจากอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา โดยการร่วมประชุมเพื่อวิเคราะห์ศักยภาพตนเองในการจัดการขยะมูลฝอย และวิเคราะห์ความต้องการ/ความคาดหวังในการจัดการขยะมูลฝอยในอนาคต ร่วมวิเคราะห์วิธีการเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการเห็น ร่วมกำหนดบทบาท/หน้าที่ และให้ร่วมกันร่างระเบียบ ข้อบังคับ และกติกาในการจัดการขยะมูลฝอยของวิทยาลัย

1.4 คณะผู้วิจัยจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยโดยวิทยากร จากนั้นอบรมให้ความรู้แก่แกนนำ (สโมสรนักศึกษา) ตามแนวทางการจัดการขยะมูลฝอย 3R โดยแบ่งขยะมูลฝอยออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ขยะมูลฝอยทั่วไป ขยะมูลฝอยอันตรายหรือเป็นพิษ ขยะมูลฝอยอินทรีย์ และขยะมูลฝอยรีไซเคิล

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ดำเนินการดังนี้

2.1 คณะผู้วิจัยให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษาร่วมร่างและสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย โดยครอบคลุมถึงการบริหารจัดการ กระบวนการจัดการที่มีคุณภาพ และแนวทางการประเมินประสิทธิผลจากการดำเนินงาน ได้แก่ แนวทาง/วิธีการในการจัดการขยะมูลฝอย โดยการมีส่วนร่วม

ตามสภาพปัญหาและความต้องการ นโยบาย/มาตรการในการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วม เช่น ร่วมกำหนดวันรณรงค์กำจัดขยะมูลฝอย ในวันพุธของทุกสัปดาห์ (Zero Bag) ส่วนวันอื่น ๆ ให้ใช้การรวมถุง หรือใช้พลาสติกให้น้อยที่สุด ร่วมกำหนดแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยที่เป็นรูปธรรม โดยเริ่มที่ห้องนอน/ห้องทำงานของตัวเองก่อน

2.2 คณะผู้วิจัยจัดให้มีการนำรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยไปใช้ในวิทยาลัย

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมและกระตุ้นให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา ปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย ดำเนินการดังนี้

3.1 คณะผู้วิจัยประชาสัมพันธ์เรื่องการจัดการขยะมูลฝอย และสถานการณ์ปัจจุบันของขยะมูลฝอย เพื่อปลูกจิตสำนึกแก่ทุกคนในวิทยาลัยอย่างต่อเนื่อง

3.2 คณะผู้วิจัยกระตุ้นให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา มีการปฏิบัติตามรูปแบบ เช่น งดการใช้ถุงพลาสติกในวันพุธของทุกสัปดาห์ (Zero Bag) ส่วนวันอื่น ๆ ใช้การรวมถุง หรือใช้พลาสติกให้น้อยที่สุด

3.3 คณะผู้วิจัยขอความร่วมมือจากอาจารย์นิเทศภาคปฏิบัติทุกรายวิชา ในการกระตุ้นเตือนนักศึกษาที่ฝึกภาคปฏิบัติในแหล่งฝึก งดการนำถุงพลาสติกต่าง ๆ จากร้านสะดวกซื้อเข้ามาในวิทยาลัย โดยให้ใช้ถุงผ้าในการใส่สิ่งของแทน

3.4 คณะผู้วิจัยส่งเสริมให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา จัดอาหารว่าง เครื่องดื่ม และอาหารกลางวัน โดยหลีกเลี่ยงการใช้ภาชนะ/บรรจุภัณฑ์พลาสติกที่เกินความจำเป็น

3.5 คณะผู้วิจัยจัดตั้ง CoP แนวทางการจัดการขยะและเชิญชวนอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา ให้เข้าร่วม เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้ปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยอย่างต่อเนื่อง

3.6 คณะผู้วิจัยจัดตั้งชมรมรักษ์สิ่งแวดล้อมและการจัดการขยะ และเชิญชวนอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษาให้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้ปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยอย่างต่อเนื่อง

3.7 คณะผู้วิจัยจัดตั้งธนาคารขยะ และสนับสนุนให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษามีการคัดแยกขยะมูลฝอยและนำมาขายให้แก่ธนาคาร โดยรับซื้อขยะมูลฝอยรีไซเคิลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3.8 คณะผู้วิจัยให้ตัวแทนอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา ตอบแบบสัมภาษณ์การจัดการขยะมูลฝอย เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการพิจารณาปรับเปลี่ยนวิธีดำเนินการให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ เพื่อให้การดำเนินการบรรลุเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ดำเนินการดังนี้

4.1 คณะผู้วิจัยให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา ร่วมทำการสะท้อนคิด (reflection) และสรุปปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย

4.2 คณะผู้วิจัยให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษาตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย แบบทดสอบความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย แบบสอบถามทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย โดยให้เวลา 30-35 นาที และวัดปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัย หลังการใช้รูปแบบ (post-test) และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563

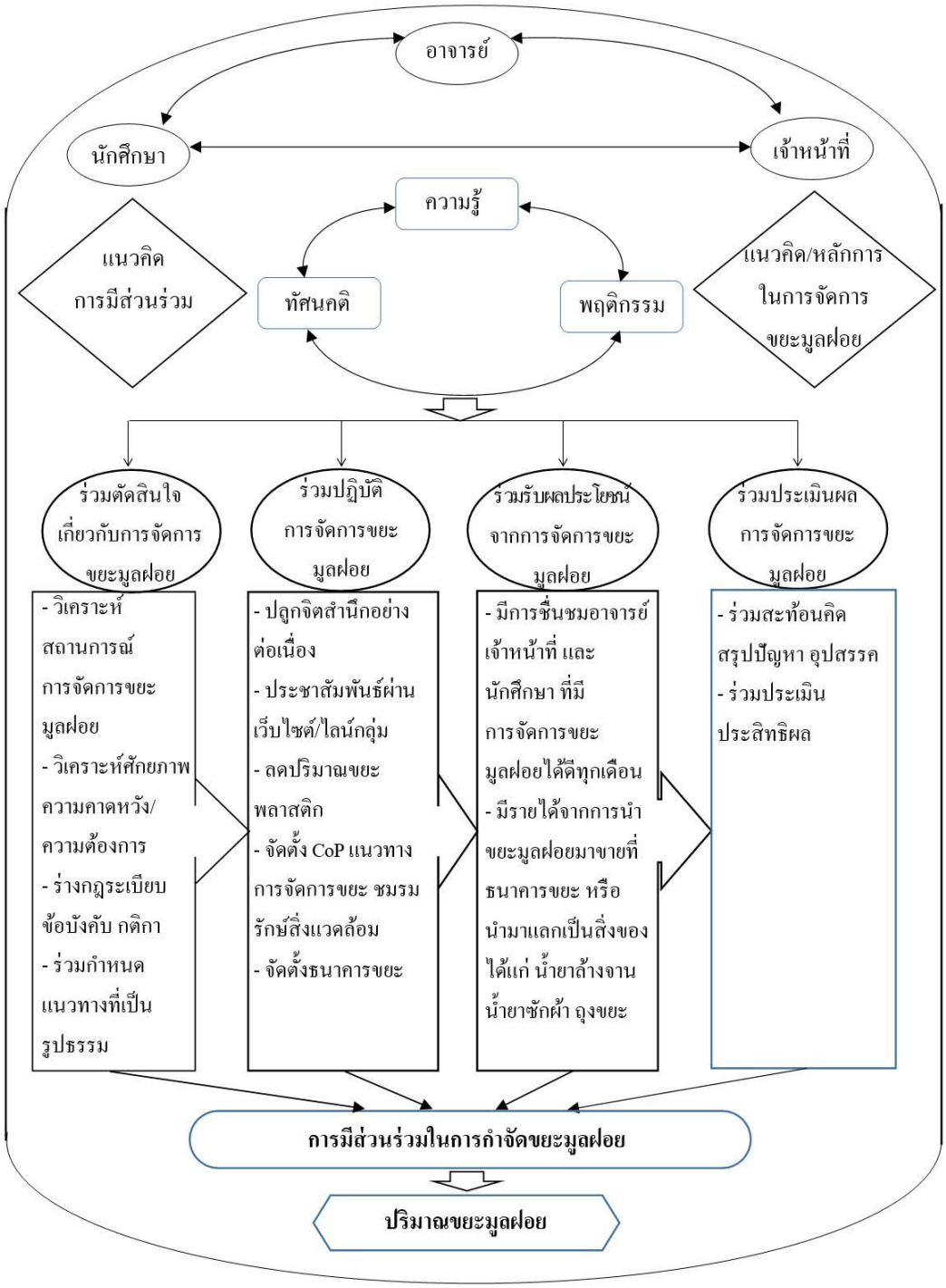
การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 92.70 อายุต่ำสุด คือ 17 ปี และอายุสูงสุด คือ 60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 22.65 ปี (*SD* = 7.77) ส่วนใหญ่มีสถานะ/ตำแหน่งเป็นนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.88 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,001-5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.40 และระยะเวลาการอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ต่ำสุด คือ 1 ปี และสูงสุด คือ 37 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 3.49 ปี (*SD* = 4.46)

2. รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นรูปแบบที่เกิดจากความร่วมมือของอาจารย์ เจ้าหน้าที่

และนักศึกษา โดยคณะผู้วิจัยทำหน้าที่สนับสนุนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย ซึ่งรูปแบบดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอย 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการจัดการขยะมูลฝอย และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการจัดการขยะมูลฝอย โดยรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ แสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

3. การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของกลุ่มตัวอย่าง หลังการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมในระดับมาก (M = 4.17, SD = .79) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ สูงสุด (M = 4.45, SD = .64) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (M = 4.14, SD = .83) และที่ต่ำสุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (M = 4, SD = .97)

4. การเปรียบเทียบความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -10.979, p < .001; Z = -13.462, p < .001 และ Z = -14.605, p < .001 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยฯ (n = 668)

ตัวแปร	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		Z	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย	13.29	1.13	13.96	1.22	-10.979	< .001
ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย	4.17	.40	4.53	.48	-13.462	< .001
พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย	3.87	.48	4.36	.62	-14.605	< .001

5. ปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบฯ มีปริมาณขยะมูลฝอย 2,709 กิโลกรัม (ตุลาคม 2562) และหลังการใช้รูปแบบฯ มีปริมาณขยะมูลฝอยลดลงเหลือ 1,198 กิโลกรัม (มกราคม 2563)

6. ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีดังนี้

6.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดขยะมูลฝอย พบว่า เกิดจากการรับประทานอาหาร เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการเรียนการสอน เรื่องการก่อสร้างต่อเติมอาคารสถานที่ และเรื่องอุปกรณ์ในการใช้ชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล

6.2 วิธีการคัดแยกขยะมูลฝอย พบว่า ในวิทยาลัยมีการคัดแยกขยะมูลฝอย เพราะเป็นสถาบันการศึกษาตัวอย่างในเรื่องความสะอาด ความเรียบร้อย และความปลอดภัย เป็นต้นแบบให้แก่บุคคลหรือสถาบันอื่น ๆ และเป็นสถาบันภาครัฐที่มีนโยบายแห่งชาติที่ต้องพึงปฏิบัติตาม ทั้งนี้ได้มีการคัดแยกขยะมูลฝอยออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ขยะมูลฝอยอินทรีย์ ขยะมูลฝอยทั่วไป ขยะมูลฝอยรีไซเคิล และขยะมูลฝอยอันตราย

6.3 วิธีการกำจัด/จัดการขยะมูลฝอยแต่ละประเภท พบว่า มีการคัดแยกขยะมูลฝอยก่อนที่จะทิ้ง เช่น ขวดพลาสติก ขวดแก้ว กระดาษทั้งหลาย กล่องกระดาษต่าง ๆ ซึ่งสามารถนำไปจำหน่ายหรือนำไปใช้ประโยชน์อื่น ๆ ได้ เศษอาหารใส่ถังหมักเพื่อทำเป็นปุ๋ย คัดแยกขยะที่เป็นพิษหรือขยะที่บรรจุสารเคมีไว้ต่างหาก เพื่อพร้อมจัดส่งไปทำลายอย่างถูกต้อง ณ ที่ที่กำหนดเท่านั้น

6.4 ผู้รับผิดชอบการจัดการขยะมูลฝอย พบว่า ทุกคนเป็นผู้รับผิดชอบร่วมกัน

6.5 แหล่งความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่า มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหน้า website ผ่าน line กลุ่ม

6.6 การมีส่วนร่วมในการคิดแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอย พบว่า ทุกคนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำในการแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอย โดยการแยกและทิ้งขยะมูลฝอยในที่ที่กำหนดไว้เท่านั้น

ลดการใช้พลาสติก ทำตนให้เป็นแบบอย่างในการลดการใช้พลาสติก หรือลดสิ่งที่ก่อให้เกิดความไม่สะอาด ความไม่เรียบร้อย เพื่อให้เกิดความเรียบร้อย สวยงาม เป็นระเบียบ และปลอดภัยแก่วิทยาลัย

6.7 วิธีการ/แนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพ พบว่า ควรส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย โดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่องต่อไป

6.8 ปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย พบว่า ขยะเปียกที่เป็นเศษอาหาร ไม่สามารถที่จะขุดหลุมเพื่อนำถังไปใส่และนำเศษอาหารไปใส่ได้ เพราะสถานที่ที่จะทำไม่เหมาะสม ขยะที่เป็นพิษหรือขยะอันตรายที่รวบรวมไว้ ไม่สามารถนำไปทำลายอย่างถูกต้องได้ด้วยตนเอง

6.9 แนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา หรือมาตรการเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย พบว่า วิทยาลัยควรมีแนวทางปฏิบัติ/แก้ไขปัญหา หรือมีมาตรการเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย โดยควรมีการประชุมพูดคุยหรือมีข้อตกลงร่วมกัน ควรมีการจัดตั้งคณะทำงาน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบให้เป็นรูปธรรมในการทำงานร่วมกัน และควรทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทุกคนเห็นถึงความสำคัญ และถือเป็นหน้าที่ที่ทุกคนจะต้องร่วมกันปฏิบัติด้วยความรับผิดชอบ

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัยต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในการวิจัยครั้งนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน ดังแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1981) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิกของชุมชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จากแนวคิดดังกล่าว การมีส่วนร่วมจึงเป็นการเปิดโอกาสให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม โดยการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ เพื่อกำหนดเป้าหมายของหน่วยงานและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการต่างๆ ด้วยความเต็มใจ (สมบัติ นามบุรี, 2562) นอกจากนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ยังมีการใช้วิธีการจัดการขยะมูลฝอยที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดความตระหนักและสนใจ รวมทั้งรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของหน่วยงาน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง โดยมีขั้นตอนตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการเตรียมความพร้อม มีกิจกรรมสำคัญ คือ การระดมสมองผู้เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยที่ผ่านมาของวิทยาลัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย รวมทั้งมีการอบรมให้ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย ขั้นการดำเนินการสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วม มีกิจกรรมสำคัญ คือ การร่วมสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย และการนำรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยไปใช้ ขั้นการส่งเสริมและกระตุ้นให้ปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย มีกิจกรรมต่างๆ เช่น การงดการใช้ถุงพลาสติกในวันพุธของทุกสัปดาห์ (Zero Bag) ส่วนวันอื่นๆ ใช้การรวมถุง หรือใช้พลาสติกให้น้อยที่สุด การกระตุ้นเตือนนักศึกษาที่ฝึกภาคปฏิบัติให้งดการนำถุงพลาสติกจากร้านสะดวกซื้อเข้ามาในวิทยาลัย การจัดอาหารว่าง เครื่องดื่ม และอาหารกลางวัน ที่หลีกเลี่ยงการใช้ภาชนะ/บรรจุภัณฑ์พลาสติกที่เกินความจำเป็น การจัดตั้งธนาคารขยะ และขั้นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย โดยประเมินจากการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ตามแนวทางการจัดการขยะมูลฝอย 3R ซึ่งประกอบด้วย การลดปริมาณขยะมูลฝอยจากแหล่งกำเนิด (reduce) การนำวัสดุมาใช้ซ้ำหลายๆ ครั้ง (reuse) และการนำไปแปรสภาพแล้วหมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่ (recycle) รวมทั้งการวัดปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยดีขึ้น และปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัยลดลง ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องจากเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย และส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยที่ถูกต้องในที่สุด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ ตั้งปรัชญากูล และ

คณะ (2559) ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยอย่างครบวงจรแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง พบว่า หลังการใช้รูปแบบ 3 เดือน ตัวแทนครัวเรือนมีความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนโดยรวม สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมและรายด้านในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมต่าง ๆ ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ ส่งเสริมให้ทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ทั้งนี้ การจัดการขยะมูลฝอยที่ยั่งยืนนั้น ทุกคนในวิทยาลัยต้องร่วมกันสร้างจิตสำนึกในการจัดการขยะมูลฝอย ต้องมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น การงดการใช้ถุงพลาสติกในวันพุธของทุกสัปดาห์ การให้อาจารย์นิเทศภาคปฏิบัติทุกรายวิชากระตุ้นเตือนนักศึกษาที่ฝึกภาคปฏิบัติในแหล่งฝึก ให้งดการนำถุงพลาสติกจากร้านสะดวกซื้อเข้ามาในวิทยาลัย โดยให้ใช้ถุงผ้าในการใส่สิ่งของแทน การส่งเสริมให้จัดอาหารว่าง เครื่องดื่ม และอาหารกลางวัน โดยหลีกเลี่ยงการใช้ภาชนะ/บรรจุภัณฑ์พลาสติกที่เกินความจำเป็น และการจัดตั้งธนาคารขยะ ที่สนับสนุนให้มีการคัดแยกขยะและนำมาขายให้แก่ธนาคาร การปฏิบัติตามกลวิธีต่าง ๆ ดังกล่าว ล้วนส่งผลให้ปริมาณขยะมูลฝอยของวิทยาลัยลดลง สภาพแวดล้อมของวิทยาลัยสะอาดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอิทธิพล โฉมสุภาพ, วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, และกุหลาบ ปุริสาร (2561) ที่ศึกษารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับน้อย ส่วนหลังการใช้รูปแบบฯ มีส่วนร่วมในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยวัฒน์ โพชะกะ และกาญนิถา ครองธรรมชาติ (2554) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการจัดการมูลฝอยตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติในระดับมาก ส่วนด้านการประเมินผล ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการวางแผน อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิลุบล นาสมศรี (2560) ที่ศึกษาปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อความสำเร็จการจัดการขยะมูลฝอย เทศบาลเมืองแห่งหนึ่ง พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดการขยะมูลฝอยในระดับสูง คือ ปัจจัยด้านการให้คำปรึกษาหารือ ปัจจัยด้านการวางแผนร่วมกัน และปัจจัยด้านการร่วมปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสถาบันการศึกษาควรนำรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นส่วนหนึ่งในการออกแบบแนวทางหรือพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงานขององค์กร

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยจากการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาความยั่งยืนในการจัดการขยะมูลฝอย

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินการโดยใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย ระหว่างหน่วยงานที่มีขนาดพื้นที่และจำนวนบุคลากรแตกต่างกัน เพื่อทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอย

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2558ก). *สถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557*. สืบค้นจาก http://infofile.pcd.go.th/waste/wst_annual57.pdf?CFID=227469&CFTOKEN=21275015

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2558ข). *รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก http://infofile.pcd.go.th/waste/wst_annual58.pdf?CFID=227469&CFTOKEN=21275015

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2560). *รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559*. สืบค้นจาก http://infofile.pcd.go.th/waste/wsthaz_annual59.pdf?CFID=227469&CFTOKEN=21275015

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2561ก). *รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก http://infofile.pcd.go.th/Waste/Wst20180821_02.pdf

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2561ข). *รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก http://infofile.pcd.go.th/Waste/Wst2018.pdf

จรรยา ปานพรม. (2554). *การมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะมูลฝอยของครัวเรือน: เทศบาลตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

นิลุบล นาสมศรี. (2560). ปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อความสำเร็จการจัดการขยะมูลฝอย เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาครั้งที่ 2* (น. 1361-1372). มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

ปฐมา ไวยวุฒินันท์, และประจักร บัวผัน. (2554). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอย ในเขตเทศบาลตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัย มข., 16*(5), 575-586.

ปภาวรินท์ นาจำปา. (2557). *การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอย ของเทศบาลตำบลคลองใหญ่ อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปิยวัฒน์ โพชะกะ, และกาญนิถา ครองธรรมชาติ. (2554). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสกพระ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 18*(2), 56-65.

สมบัติ นามบุรี. (2562). ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์. *วารสารวิจยวิชาการ, 2*(1), 183-197.

อภิชาติ ตั้งปรัชญากูล, สุวารีย์ ศรีปูณะ, และสม นาสอ้าน. (2559). ผลของการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยอย่างครบวงจรแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาลตำบลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์, 6*(3), 123-137.

อิทธิพล โฉมสุภาพ, วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, และกุหลาบ ปุริสาร. (2561). รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดงสะคร่าน ตำบลวังสวาบ อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย, 8*(พิเศษ), 308-322.

Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evaluation*. Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.

การส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอดโดยการสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว

Contraceptive Implant Promotion among Postpartum Adolescents Using Motivation and Family Support

จารุวรรณ์ ท่าม่วง, พย.ม. (การผดุงครรภ์) [1]

Charuwan Tarmong, M.N.S. (Midwifery) [1]

Received: September 26, 2019 Revised: March 28, 2020 Accepted: May 25, 2020

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดยังคงเป็นปัญหาสำคัญของสังคม ก่อให้เกิดผลกระทบในทุกมิติ ทั้งผลกระทบต่อวัยรุ่นทารก ครอบครัว รวมถึงสังคมและเศรษฐกิจ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งมาจากการขาดการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เช่น การฝังยาคุมกำเนิด เนื่องจากวัยรุ่นขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดที่ถูกต้อง มีทัศนคติทางลบเกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด และขาดการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญในครอบครัว ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด โดยการกระตุ้นให้วัยรุ่นหลังคลอดเกิดความตระหนักต่อผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำ สร้างความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของการฝังยาคุมกำเนิด รวมทั้งเปิดโอกาสให้บุคคลสำคัญในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิด ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นหลังคลอดเกิดแรงจูงใจในการเลือกฝังยาคุมกำเนิด อันเป็นการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอด

คำสำคัญ: การฝังยาคุมกำเนิด วัยรุ่นหลังคลอด แรงจูงใจ แรงสนับสนุนจากครอบครัว

[1] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

[1] Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, E-mail: charuwan1@pnc.ac.th

Abstract

Repeated pregnancy among postpartum adolescents is still a problem in society causing affects all dimensions, including the impact on adolescent, child, family, and society and economics. Important cause is lack of prevention of repeated pregnancy with effective and continuous contraception, such as contraceptive implant due to lack of understanding about contraceptive implant accurately, having negative attitude about contraceptive implant, and lacking family support. Therefore, health care providers have important role to promote contraceptive implant among postpartum adolescents by motivating awareness toward the impact of repeated pregnancy, encouraging confidence in the safety of contraceptive implant, including giving opportunities for family to promote the contraceptive implant. These will help to motivate postpartum adolescents to choose the contraceptive implant as a method for preventing the repeated pregnancy problems.

Keywords: Contraceptive implant, Postpartum adolescent, Motivation, Family support

บทนำ

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย โดยมีอัตราสูงกว่าร้อยละ 10 (World Health Organization [WHO], 2014) ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อวัยรุ่น ทารก รวมถึงครอบครัว และสังคม สาเหตุสำคัญประการหนึ่งมาจากการที่วัยรุ่นมีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่ไม่สม่ำเสมอ เช่น การลืมรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่องจากการมีเลือดออกทางช่องคลอด การมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยา การฉีดยาคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่องจากการมีเลือดออกกะปริดกะปรอย รวมถึงการไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพราะคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียวไม่น่าจะตั้งครรภ์ได้ (ฤดี ปุงบางกะดี่ และเอมพร รตินธร, 2557) การคุมกำเนิดด้วยวิธีดังกล่าวจึงไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมในวัยรุ่นจึงควรเป็นวิธีที่สามารถคุมกำเนิดได้เป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีผลข้างเคียงน้อย เช่น การฝังยาคุมกำเนิด ซึ่งถือเป็นการคุมกำเนิดที่ดีและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการตั้งครรภ์ รองจากการทำหมันหญิง (Trussell, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การได้รับแรงจูงใจจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี หรือมารดาของวัยรุ่นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการคุมกำเนิดของวัยรุ่น (นาฏนฤมล ทองมี, เอมพร รตินธร, และปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง, 2558; ฤดี ปุงบางกะดี่ และเอมพร รตินธร, 2557) พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดควรประยุกต์ใช้การสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้วัยรุ่นหลังคลอดมีการวางแผนการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอดโดยการสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยมีสาระเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น สาเหตุของการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่น และแนวทางการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอดโดยการสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอดต่อไป

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (adolescent pregnancy/ teenage pregnancy) หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์และคลอดบุตรเมื่ออายุ 10-19 ปี (WHO, 2014) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ข้อมูลอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโลกและของประเทศไทยแตกต่างกัน เมื่อเทียบกับเกณฑ์ของ WHO ที่กำหนดให้อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่เกินร้อยละ 10 (WHO, 2014) จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลกประมาณร้อยละ 4.40 ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (WHO, 2016) สำหรับประเทศไทย มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 คิดเป็นร้อยละ

15.30, 14.20 และ 12.90 ตามลำดับ โดยมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 12.20, 11.90 และ 10.80 ตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2560) ซึ่งสูงกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ว่า การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นต้องไม่เกินร้อยละ 10 (กรมอนามัย, 2560)

สาเหตุของการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้ากว่าร้อยละ 98.20 (สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์, 2560) ซึ่งมีสาเหตุหลายประการ ดังนี้

1. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ (ลำเจียก กำธร, 2557) พบว่า วัยรุ่นไม่ใช้การคุมกำเนิดขณะมีเพศสัมพันธ์กว่าร้อยละ 57.90 (กรมอนามัย, 2559ก) โดยมีหลายสาเหตุ เช่น การคุมกำเนิดจะขัดขวางความรู้สึกในขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ไม่มีความสุข ไม่มีความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิด กังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากวิธีคุมกำเนิด คู่นอนไม่ต้องการให้ใช้ ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์ ไม่คิดว่าจะตั้งครรภ์ ไม่มีเวลาไปซื้อหรือรับบริการคุมกำเนิด (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556; เกตย์สิรี ศรีวิไล, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นหลังคลอดบางส่วนเริ่มมีเพศสัมพันธ์อย่างรวดเร็วภายหลังคลอด โดยเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ หรือไม่มีการคุมกำเนิด (Lewis, Doherty, Hickey, & Skinner, 2010) สาเหตุเหล่านี้ทำให้วัยรุ่นละเลยการคุมกำเนิดขณะมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนตามมา

2. การเกิดความล้มเหลวจากวิธีคุมกำเนิดที่เลือกใช้ (ลำเจียก กำธร, 2557) พบว่า วัยรุ่นใช้การคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่ไม่สม่ำเสมอ โดยวิธีคุมกำเนิดที่วัยรุ่นใช้มากที่สุดถึงร้อยละ 94.70 คือ การใช้ถุงยางอนามัย รองลงมา คือ การหลั่งนอก ร้อยละ 59.70 การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 55.50 และการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ร้อยละ 22.90 ตามลำดับ (Abma & Martinez, 2017) ทั้งนี้ การเลือกวิธีคุมกำเนิดดังกล่าวเกิดความล้มเหลวได้ค่อนข้างง่าย เนื่องจากบางคนลืมรับประทานยาหรือรับประทานไม่สม่ำเสมอ การใส่และถอดถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี การหลั่งนอกไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนตามมา (ฤดี ปุงบางกะดี่ และเอมพร รตินธร, 2557)

3. การขาดความรู้ในการเลือกวิธีคุมกำเนิด โดยวัยรุ่นขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์หรือการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และไม่ทราบถึงผลข้างเคียงของการคุมกำเนิด (Omar, Fowler, & McClanahan, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศศึกษา การคุมกำเนิด รวมถึงการป้องกันการตั้งครรภ์ (สิริลัดดา บุญเนาว์, 2559) ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ตามมา

4. ทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน การรับค่านิยมและวัฒนธรรมมาจากโลกตะวันตก ทำให้มีการแสดงออกในเรื่องเพศที่เปิดเผยมากขึ้น ค่านิยมต่าง ๆ ในประเทศไทยเริ่มเปลี่ยนแปลงไป เช่น การรักนวลสงวนตัวน้อยลง การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หรือการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน สิ่งเหล่านี้เริ่มกลายเป็นเรื่องปกติของสังคมไทย โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น ที่ยอมรับพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป มองว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นโดยไม่คุมกำเนิดเป็นเรื่องปกติ รวมถึงการยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน เพราะมองว่าไม่ได้เสียหายอะไร โดยวัยรุ่นให้ความสำคัญกับการแต่งงานน้อยลง และคิดว่าการอยู่ด้วยกันไม่จำเป็นต้องแต่งงานกันก็ได้ โดยไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบที่จะตามมา (เมธิกา ศรีสด และพิมลพรรณ อิศรภักดี, 2559)

5. การขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ เมื่อมารดาวัยรุ่นอยู่ร่วมกับสามี ส่วนใหญ่จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ เพราะคิดว่าไม่น่าจะตั้งครรภ์ง่าย ๆ (Boardman, Allsworth, Phipps, & Lapane, 2006) อีกทั้งวัยรุ่นหญิงมีการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์หากเกิดจากความรักและไม่ควรปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน (ปุญชรัสมิ์ ศิริทรัพย์, 2555) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์โดยไม่คุมกำเนิดและเกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ง่าย

6. การขาดการสื่อสารภายในครอบครัว ครอบครัวถือเป็นสถาบันแรกที่มีความสำคัญในการอบรมสั่งสอนพฤติกรรมของวัยรุ่น โดยผ่านการเลี้ยงดูและการสื่อสารในครอบครัวระหว่างพ่อแม่และลูก ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวดีจะมีการสื่อสารเรื่องเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์ การเลือกวิธีคุมกำเนิด ระหว่างพ่อแม่และลูก และมีแนวโน้มที่วัยรุ่นจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อยลง (Gavin, Williams, Rivera, & Lachance, 2015) รวมถึงส่งเสริมให้วัยรุ่นมีการคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง (Aronowitz, Ogunlade, Nwosu, & Gona, 2015) ในปัจจุบันพบว่า พ่อแม่ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นและการคุมกำเนิดในวัยรุ่นค่อนข้างดี แต่ขาดความมั่นใจและไม่สะดวกใจที่จะพูดคุยหรือให้คำแนะนำ รู้สึกว่าการพูดคุยเรื่องเพศ การเลือกวิธีคุมกำเนิด เป็นเรื่องน่าอาย ไม่ควร

นำมาพูดคุยกันอย่างเปิดเผย ไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นพูดคุยกับวัยรุ่นอย่างไร (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2551) ส่งผลให้วัยรุ่นไม่ได้รับการอบรมสั่งสอนหรือแนะนำจากครอบครัว ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ตามมา

7. สิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ กำแพงพันธ์, 2552) การคบเพื่อนชายที่ชักชวนให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สื่อเทคโนโลยีและสิ่งยั่วยุ (ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ, 2556) การมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมือง ซึ่งมีประเพณีและความเชื่อของคนท้องถิ่น หรือเทศกาลต่างๆ เช่น วันวาเลนไทน์ วันปีใหม่ วันลอยกระทง (สุรเดช บุณยเวทย์, จิราพร มงคลประเสริฐ, และรัตนา งามบุณยรักษ์, 2551) นอกจากนี้ บางการศึกษายังพบว่า ความรุนแรง การถูกบังคับขืนใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (อนงค์ ประสาธน์วนกิจ, ประณีต ส่งวัฒนา, และบุญวดี เพชรรัตน์, 2552)

จากที่กล่าวมาข้างต้น สาเหตุสำคัญของการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ และการเกิดความล้มเหลวจากวิธีคุมกำเนิดที่เลือกใช้ หากสาเหตุเหล่านี้ยังไม่สามารถควบคุมหรือปรับเปลี่ยนไปในทางที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนในวัยรุ่น และก่อให้เกิดผลกระทบตามมาในภายหลัง

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นส่งผลกระทบอย่างมากในทุกมิติ (Timur et al., 2016) โดยมีผลกระทบทั้งต่อวัยรุ่น ทารก ครอบครัว และสังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อวัยรุ่น

1.1 ด้านร่างกาย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการตั้งครรภ์ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เช่น ภาวะโลหิตจาง (ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา, 2558) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด คลอดก่อนกำหนด และตกเลือดหลังคลอด (ยุพเยาว์ วิศพรรณ์ และสมจิต ยาใจ, 2559) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายได้มากกว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก (Wilkie, Leung, Kumaraswami, Barlow, & Simas, 2016) อีกทั้งยังพบว่าวัยรุ่นอาจขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง จึงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาบำรุงที่ไม่เหมาะสม เป็นเหตุให้น้ำหนักขึ้นน้อยขณะตั้งครรภ์ (สลักจิต วรรณโกษิตย์, 2555) วัยรุ่นบางส่วนไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น ไม่มีความพร้อมต่อการมีบุตร และไม่ต้องการมีบุตร จึงแก้ไขปัญหาโดยการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ การตกเลือด

1.2 ด้านจิตใจ เนื่องจากวุฒิภาวะด้านจิตใจของวัยรุ่นยังไม่สมบูรณ์ เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นอาจรู้สึกอาย เสียใจ เครียด กังวล ท้อแท้ หมดหวัง ล้มเหลว เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ, 2555) มีความกลัวและกังวลต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากวัยรุ่นสู่การเป็นมารดาที่ต้องมีความรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ทันที ถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น วัยรุ่นมักคิดว่าการเลี้ยงดูบุตรเป็นภาระที่เกินความรับผิดชอบและความสามารถของตน วัยรุ่นจึงไม่สามารถแสดงบทบาทมารดาได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อวัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำภายในระยะเวลา 2 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่บุตรทั้ง 2 คน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด หากแบ่งเวลาในการจัดการกับภาระของบุตรไม่ได้ จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าตัวเองทำหน้าที่การเป็นมารดาได้ไม่เต็มที่ (ฤดี ปุงบางกะดี่ และเอมพร รตินธร, 2557) นอกจากนี้ การดูแลบุตรและการหารายได้ให้เพียงพอกับรายจ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียด ซึ่งอาจพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้า คิดและลงมือฆ่าตัวตายได้ (วิวรรณ พงศ์พัฒนานนท์, 2559)

2. ผลกระทบต่อทารก ทารกอาจโตช้าในครรภ์ และอาจคลอดก่อนกำหนดจากภาวะทุพโภชนาการของวัยรุ่น ทำให้มีน้ำหนักตัวน้อยเมื่อแรกคลอด สุขภาพไม่แข็งแรง (Ngowa, Kasia, Pisoh, Ngassam, & Noa, 2015) หากบุตรของวัยรุ่นโตขึ้นจากการได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม เป็นเหยื่อของความรุนแรง หรือถูกทอดทิ้ง เด็กอาจมีปัญหาด้านการเรียน มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด ใช้ความรุนแรง และมีเพศสัมพันธ์เร็ว (มาลี เกื้อนพกุล, ทศพร เรืองกฤษ, และพัชรา อุบลสวัสดิ์, 2556)

3. ผลกระทบต่อครอบครัว วัยรุ่นอาจกลายเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวตั้งแต่ตั้งครรภ์ หรือในระยะใดระยะหนึ่งหลังมีบุตร ครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี นอกจากนี้ ผู้ใหญ่ในครอบครัวอาจรู้สึกผิดหวัง เสียใจ อับอายกับความเสื่อมเสียชื่อเสียง ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (วิไล ตาปะสี และประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, 2556)

4. ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์บางส่วนอาจจำเป็นต้องออกจากสถานศึกษาที่ตนเองศึกษาอยู่ ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ถูกกดดันจากครู ไม่ได้รับ

การยอมรับจากเพื่อนและคนในชุมชนเพราะทำผิดจารีตทางสังคม ถูกผู้ปกครองห้ามไปโรงเรียนเนื่องจากเห็นว่าเป็นความเสื่อมเสียของครอบครัว หรือมีความจำเป็นต้องออกจากโรงเรียนเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว (ทรงยศ พิลาสันต์, 2557) วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์บางส่วนอาจขาดแรงจูงใจในการศึกษาต่อ ทำให้ศึกษาไม่จบ ส่งผลให้มีระดับการศึกษาที่ต่ำ ลดโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดีและมีรายได้สูง ส่งผลให้มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น (มาลี เกื้อนพกุล และคณะ, 2556) ประเทศขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถในการประกอบอาชีพ สูญเสียรายได้จากการเก็บภาษีจากมารดาวัยรุ่น และรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายไปกับการจัดสวัสดิการทางสังคมให้แก่วัยรุ่นและบุตร (ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และคณะ, 2556)

จากสาเหตุและผลกระทบข้างต้น วัยรุ่นหลังคลอดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ด้วยการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เช่น การใช้ยาฝังคุมกำเนิด (contraceptive implantation)

การใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่น

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ให้คำแนะนำทางเลือกลำดับแรกสำหรับการคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอดว่าควรเป็นวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ได้แก่ การใช้ยาฝังคุมกำเนิดและการใส่ห่วงอนามัย เนื่องจากมีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยสามารถคุมกำเนิดได้ในระยะเวลานานสูงสุดถึง 3 ปี หรือ 5 ปี และสามารถกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วภายหลังหยุดใช้ จึงมีความเหมาะสมสำหรับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น (Espey & Hofler, 2017) ทั้งนี้ การใส่ห่วงอนามัยอาจไม่เหมาะสมตามบริบทของวัยรุ่นหลังคลอด เนื่องจากจะสามารถใส่ห่วงอนามัยได้เมื่อวัยรุ่นมาตรวจหลังคลอดตามนัด (6 สัปดาห์หลังคลอด) ซึ่งมีโอกาสที่วัยรุ่นจะไม่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยการใส่ห่วงอนามัย เพราะวัยรุ่นบางส่วนไม่กลับมาตรวจหลังคลอด (ฤดี ปุงบางกะดี่ และเอมพร รตินธร, 2557) อีกทั้งภายหลังการใส่ห่วงอนามัย วัยรุ่นต้องมีการตรวจติดตามห่วงอนามัยทุกเดือน เพื่อให้มั่นใจว่ายังคงอยู่ในสภาพปกติ สามารถออกฤทธิ์ในการคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่วัยรุ่นบางส่วนขาดการตรวจติดตามการคงอยู่ของห่วงอนามัย ส่งผลให้ห่วงอนามัยไม่มีผลในการคุมกำเนิด ทำให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ โรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงมุ่งส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอด เพราะสามารถฝังยาคุมกำเนิดได้ทันทีหลังคลอด มีความเหมาะสมกับวัยรุ่น ดูแลง่าย ไม่ยุ่งยาก และมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการตั้งครรภ์

ในปัจจุบัน การฝังยาคุมกำเนิดได้รับการยอมรับและเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับวัยรุ่น มีความปลอดภัย ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูง อัตราความล้มเหลวต่ำ สามารถคุมกำเนิดได้ระยะยาว สะดวก ไม่ส่งผลกระทบต่อการหลั่งน้ำนมในหญิงที่ให้นมบุตร ภายหลังถอดยาฝังคุมกำเนิดออกแล้ว สามารถกลับมาตั้งครรภ์ได้ตามปกติ ในปัจจุบันนิยมใช้ชนิดที่ไม่สามารถสลายตัวได้เอง เมื่อหมดอายุการใช้งาน จำเป็นต้องนำหลอดยาออก ซึ่งมีหลายชนิด ทั้งแบบ 1, 2 และ 3 หลอด แต่ชนิดที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด ชื่อสามัญ คือ levonorgestrel ประกอบด้วยหลอด silastic ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2.50 มิลลิเมตร ยาว 43 มิลลิเมตร ภายในบรรจุฮอร์โมน levonorgestrel จำนวน 2 หลอด มีอายุการใช้งาน 5 ปี ยาจะค่อย ๆ ถูกปล่อยออกมาคุมกำเนิด โดยยับยั้งการตกไข่ (Inyang-Etoh, & Akpan, 2016) นอกจากนี้ยังทำให้มูกบริเวณปากมดลูกเหนียวข้น ซึ่งเป็นผลให้เชื้ออสุจิผ่านเข้าไปในโพรงมดลูกได้ยาก และทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกบาง ไม่เหมาะสำหรับการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว ภายหลังการฝังยาคุมกำเนิดอาจมีผลข้างเคียงหลายประการ คือ 1) ประจำเดือนไม่ปกติ ได้แก่ ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ มามาก มานานกว่าปกติ เลือดออกกะปริดกะปรอย หรือไม่มีประจำเดือน 2) มีอาการปวด บวม ฟกช้ำบริเวณที่ฝังยาคุม และ 3) มีอาการปวดศีรษะ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็นสิว คัดตึงเต้านม คลื่นไส้ วิงเวียน และอารมณ์เปลี่ยนแปลง (อุษณีย์ แสนหมี่, 2560) ซึ่งผลข้างเคียงดังกล่าวไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์

สถานการณ์การใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่น

ในปัจจุบัน วัยรุ่นส่วนใหญ่เลือกคุมกำเนิดระยะสั้น โดยมากกว่าร้อยละ 50 เลือกคุมกำเนิดด้วยการรับประทานยาคุมกำเนิด ร้อยละ 20 ไม่คุมกำเนิดด้วยวิธีใด ๆ ร้อยละ 20 เปลี่ยนจากการฉีดยาคุมกำเนิดมาเป็นการรับประทาน และร้อยละ 6.70 ใช้ยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินและการหลั่งนอก ในขณะเดียวกัน มีการเลือกคุมกำเนิดระยะยาวที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น การฝังยาคุมกำเนิดในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ เพียงร้อยละ 1 เท่านั้น (ฤดี ปุงบางกะดี่ และเอมพร รตินธร, 2557) จากการศึกษาเกี่ยวกับอัตราและสาเหตุการเลิกใช้ยาฝังคุมกำเนิดของวัยรุ่นที่ฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดในระยะเวลา 1 ปี พบว่า มีการเลิกใช้ยาฝังคุมกำเนิดร้อยละ 1.70 สาเหตุที่เลิกใช้เนื่องจากมีผลข้างเคียงภายหลังการฝังยาคุมกำเนิดที่ตนคิดว่าผิดปกติ เช่น มีเลือดออกทาง

ช่องคลอด น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ปวดศีรษะ ทั้งนี้ ผู้ที่เลิกใช้ยาฝังคุมกำเนิดไม่ได้รับข้อมูล/ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ส่งผลให้ไม่เข้าใจถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น (มนต์ชัย สันติภาพ, 2561)

เป้าหมายของการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่น

การฝังยาคุมกำเนิดเป็นวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรที่มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีอัตราการล้มเหลวต่ำกว่าการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมสำหรับการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ของกรมอนามัย (2559ข) ที่ได้กำหนดนโยบายการให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรด้วยการฝังยาคุมกำเนิดแก่วัยรุ่นหลังคลอด ที่สถานบริการสุขภาพของรัฐก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งการให้บริการจะยึดวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง และอาศัยแรงสนับสนุนจากทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนให้ถึงเป้าหมาย โดยกำหนดตัวชี้วัดว่า ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอด ได้รับการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในปี พ.ศ. 2564 และปี พ.ศ. 2569 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และ 90 ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนด ดังรายงานของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2561 ประเทศไทยมีบริการฝังยาคุมกำเนิดร้อยละ 26.76, 49.09, 66.03 และ 66.40 ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2561)

สาเหตุของการไม่เลือกใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่น

ในปัจจุบัน วัยรุ่นมีการคุมกำเนิดด้วยวิธีฝังยาคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น แต่บางส่วนยังไม่เลือกใช้วิธีฝังยาคุมกำเนิดด้วยสาเหตุที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปสาเหตุของการไม่เลือกใช้ยาฝังคุมกำเนิดได้ดังนี้

1. วัยรุ่นพร่องความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด พบว่า กว่าร้อยละ 79 ทราบเพียงข้อมูลการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเท่านั้น (นาฏนฤมล ทองมี และคณะ, 2558) วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่เคยใช้และไม่มีความรู้เกี่ยวกับข้อดี วิธีฝังยาคุมกำเนิด ผลข้างเคียง รวมถึงการปฏิบัติตนหลังฝังยาคุมกำเนิด (เกตย์สิรี ศรีวิไล, 2559) บางส่วนได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดยังไม่ครบถ้วนและไม่ได้รับการชี้ให้เห็นความสำคัญของการฝังยาคุมกำเนิด (ฤดี ปุงบางกะดี่ และเอมพร รตินธร, 2557) ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดไม่ชัดเจน ส่งผลให้ไม่เกิดการกระตุ้นแรงจูงใจให้เลือกฝังยาคุมกำเนิด

2. วัยรุ่นมีทัศนคติทางลบเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด โดยบางส่วนมีความกังวลและความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บปวดขณะฝังยาคุมกำเนิด มีการรับรู้ว่าภายหลังการฝังยาคุมกำเนิดจะไม่สามารถใช้แขนข้างที่ฝังยาคุมได้เหมือนเดิม อีกทั้งยังรับรู้ว่ายาคุมที่ฝังเป็นสิ่งแปลกปลอม เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วสามารถหลุดเข้าไปในกระแสเลือดได้ ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของตนเอง (Bharadwaj, Akintomide, Brima, Copas, & D'Souza, 2012; Hoopes, Gilmore, Cady, Akers, & Ahrens, 2016; Potter, Rubin, & Sherman, 2014) การมีทัศนคติดังกล่าวทำให้วัยรุ่นปฏิเสธการฝังยาคุมกำเนิด

3. ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว สามีของวัยรุ่นไม่ได้สนับสนุนและช่วยเหลือด้านการตัดสินใจในการเลือกวิธีคุมกำเนิด โดยคิดว่าการคุมกำเนิดเป็นเรื่องของฝ่ายหญิง เป็นหน้าที่ของภรรยาแต่เพียงผู้เดียว ส่งผลให้วัยรุ่นหลังคลอดไม่ได้ตระหนักถึงการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ (ฤดี ปุงบางกะดี่ และเอมพร รตินธร, 2557) ในทางตรงกันข้าม การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิด จากการศึกษาพบว่า กว่าร้อยละ 80 มารดาของวัยรุ่นเป็นผู้ตัดสินใจในการเลือกคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด (นาฏนฤมล ทองมี และคณะ, 2558) อีกทั้งวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีให้มีการคุมกำเนิด มีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเป็น 1.11 เท่า ของวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี (อารียา สมรูป, 2561) ทั้งนี้ การสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี สิ่งสำคัญ คือ การส่งเสริมให้วัยรุ่นตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ และส่งเสริมให้วัยรุ่นมีการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพ โดยผ่านกระบวนการพูดคุย ทำความเข้าใจกันภายในครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นการสร้างแรงจูงใจที่สำคัญแก่วัยรุ่นให้เกิดความเชื่อมั่นในการคุมกำเนิดต่อไป

แนวทางการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอดโดยการสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Motivation Prevention Theory) มุ่งเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ข้อมูลที่เป็นความรู้รวมถึงประสบการณ์ด้านสุขภาพ และให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคามสุขภาพ รวมทั้งกระบวนการในการแก้ไขปัญหาที่กำลังคุกคาม โดยใช้การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวจูงใจ บุคคลจะมีกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของตน (Roger, 1986 as cited in Boer & Seydel, 1998) ซึ่งความกลัวต่ออันตรายในชีวิตจะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจ ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความรุนแรงของ

โรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (perceived severity) เป็นการให้ข้อมูลที่ปลุกเร้าให้เกิดความกลัวต่อผลที่จะได้รับจากการเป็นโรคหรือภาวะคุกคามนั้น ข้อมูลที่ให้ต้องแสดงถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่บุคคลจะได้รับหากบุคคลไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสิ่งที่จะคุกคาม (perceived probability) ความเชื่อของบุคคลในเรื่องความเป็นไปได้ที่จะถูกคุกคามจากการเป็นโรคหรือสภาพอันคุกคามต่อตนเองจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ถือเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคามนั้น จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน 3) ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (response efficacy) เป็นความคาดหวังส่วนบุคคลว่าเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว จะสามารถหลีกเลี่ยงโรคหรือภาวะคุกคามที่จะเกิดกับตนเองได้ การให้ข้อมูลจำเป็นต้องมีความเฉพาะเจาะจงและชัดเจน ทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ ส่งผลให้เกิดความเข้าใจและตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำให้ประสบผลสำเร็จ (Roger, 1986 as cited in Boer & Seydel, 1998)

สำหรับการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอด โดยการสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวนั้น ถือเป็นบทบาทที่ท้าทายของบุคลากรทางสาธารณสุข การนำแนวคิดการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้วัยรุ่นฝังยาคุมกำเนิดถือว่ามีความเหมาะสม เนื่องจากแนวคิดนี้เน้นการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวจูงใจ และอาศัยการรับรู้ข้อมูลเพื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัว ความตระหนักทำให้วัยรุ่นเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนวิธีคุมกำเนิดให้เหมาะสมกับตนเอง การส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอดโดยการสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีแนวทางดังนี้

1. การกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักต่อผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำ

บุคลากรทางสาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญที่จะถ่ายทอดข้อมูลให้แก่วัยรุ่นและครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจของวัยรุ่นและทารก รวมทั้งผลกระทบต่ออนาคต เช่น การหยุดพักการศึกษา การแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น และความตึงเครียดในครอบครัว ซึ่งในระหว่างการพูดคุยจำเป็นต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยประสบการณ์เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ผ่านมา โดยการให้ข้อมูลควรมุ่งเน้นให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน อาจใช้สื่อประกอบ เช่น ภาพข่าว กรณีตัวอย่าง เพื่อให้วัยรุ่นและครอบครัวได้จินตนาการถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หากเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำโดยไม่ตั้งใจ ซึ่งนอกจากจะเป็นตัวกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดความเข้าใจในผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการโน้มน้าวให้เกิดความรู้สึกกลัวต่อผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำ ทั้งนี้ การให้ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมมากกว่าข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อย (Boer & Seydel, 1998)

2. การส่งเสริมความเชื่อมั่นในการฝังยาคุมกำเนิด

ในด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด บุคลากรทางสาธารณสุขควรมุ่งเน้นการสร้างความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของการฝังยาคุมกำเนิด โดยการถ่ายทอดข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด เช่น การออกฤทธิ์ ข้อดี ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ การดูแลภายหลังการฝังยาคุมกำเนิด รวมถึงคำแนะนำในการสังเกตความผิดปกติและการมาพบแพทย์ก่อนนัด ส่วนในด้านทัศนคติเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด ควรสร้างความเชื่อมั่นโดยการปรับลดทัศนคติทางลบเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด ผ่านการนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้อง เช่น ในขณะทำหัตถการจะไม่รู้สึกเจ็บปวด เนื่องจากแพทย์จะฉีดยาชาบริเวณที่จะฝังยาคุมกำเนิดก่อนการฝังยา โดยหลอดยาที่ฝังบริเวณผิวหนังใต้ท้องแขนเป็นหลอดพลาสติกเล็ก ๆ สามารถยืดหยุ่นได้ มีความปลอดภัยต่อร่างกาย และภายหลังการฝังยาคุมกำเนิด สามารถใช้แขนข้างนั้นทำงานได้ตามปกติ ทั้งนี้ วิธีการถ่ายทอดข้อมูลสามารถทำในรูปแบบกระบวนการกลุ่มอย่างมีส่วนร่วม ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย โดยการใช้สื่อต่าง ๆ เช่น ภาพประกอบ ตัวอย่างอุปกรณ์จริงให้เห็นและสัมผัส ร่วมกับการใช้บุคคลต้นแบบ (role model) ซึ่งได้แก่ ผู้ที่มีประสบการณ์ที่ดีในการฝังยาคุมกำเนิด มาเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ซึ่งนอกจากจะเป็นตัวกระตุ้นให้วัยรุ่นที่เข้าร่วมกลุ่มเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการสร้างความรู้สึกเชื่อมั่น ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ และต้องการฝังยาคุมกำเนิดเช่นเดียวกับบุคคลต้นแบบ ทั้งนี้ ความเชื่อมั่นในตนเองของวัยรุ่นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิด (สุนีย์ จุ่มกลาง และคณะ, 2560) อีกทั้งการจัดกิจกรรมผ่านกระบวนการกลุ่มและการส่งเสริมให้มีส่วนร่วม มีส่วนทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเชื่อมั่น มีแรงจูงใจ และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ (จิตติพร ศรีษะเกตุ, พรพิมล ชัยสา, อัศนี

วันชัย, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, และวิริยา โพธิ์ขวาง ยุสท์, 2560)

3. การสนับสนุนจากครอบครัวและคนใกล้ชิด

วัยรุ่นเป็นวัยที่ยังต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ รวมถึงไว้วางใจให้ตัดสินใจเรื่องสำคัญในชีวิต บุคคลสำคัญเหล่านี้ เช่น สามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี เพื่อนสนิท ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขควรเปิดโอกาสให้บุคคลดังกล่าวเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิด เช่น การร่วมพูดคุยถ่ายทอดข้อมูล การร่วมกิจกรรมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือซักถามข้อสงสัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเปิดโอกาสให้ครอบครัวส่งเสริมและร่วมตัดสินใจในการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่น จากการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้ใช้ยาฝังคุมกำเนิดมาก มีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเป็น 1.11 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้ใช้ยาฝังคุมกำเนิดน้อย (อารียา สมรูป, 2561) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาของตนเองและสามีมีส่วนช่วยในการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น (ชัชฎาพร จันทรสุข, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, และสุกัญญา ปริสัญญกุล, 2558; สุนีย์ จุ่มกลาง และคณะ, 2560)

สรุป

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัววัยรุ่นเอง ทารก ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ การป้องกันการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นจึงเป็นเรื่องสำคัญ ด้วยวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสม เช่น การฝังยาคุมกำเนิด ซึ่งถือเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงและเหมาะสมสำหรับวัยรุ่น แต่ในปัจจุบัน วัยรุ่นยังคงปฏิเสธการฝังยาคุมกำเนิด จากสาเหตุการพร่องความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด การมีทัศนคติทางลบเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด รวมถึงการขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว ประกอบกับวัยรุ่นยังต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการตัดสินใจบางเรื่องที่สำคัญ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้วัยรุ่นมีการฝังยาคุมกำเนิด โดยการสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ด้วยการกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักต่อผลกระทบจากการตั้งครรภ์ มุ่งสร้างความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการฝังยาคุมกำเนิด รวมทั้งส่งเสริมให้วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว ซึ่งล้วนเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น และลดผลกระทบที่จะเกิดตามมา

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2559ก). *ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated

กรมอนามัย. (2559ข). *พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559*. สืบค้นจาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/161026147746689779.pdf

กรมอนามัย. (2560). *ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิด ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=1ed90bc32310 b503b7ca9b32af425ae5&id=18f1e8ff96be07d297b51aa8cd21b297

กรมอนามัย. (2561). *ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิด ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=18f1e8ff96be07d297b51aa8cd21b297

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2556). *แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: แอดวานส์ปริ้นติ้ง.

เกตย์สิรี ศรีวิไล. (2559). การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคใต้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3*(3), 142-152.

จิตติพร ศรีษะเกตุ, พรพิมล ชัยสา, อัศนี วันชัย, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, และวิริยา โพธิ์ขวาง ยุสท์. (2560). แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11*(2), 156-170.

ชัชฎาพร จันทรสุข, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, และสุกัญญา ปริสัญญกุล. (2558). ผลการส่งเสริมเจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อความตั้งใจและการใช้การคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด. *พยาบาลสาร, 42*(2), 104-115.

ทรงยศ พิลาสันต์. (2557). *ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย*. สืบค้นจาก http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/10/ผลกระทบตั้งครรภ์ในวัยรุ่น-final-for-web.pdf

นาฏนฤมล ทองมี, เอมพร รตินธร, และปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง. (2558). ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 33*(1), 51-59.

ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ. (2556). *แม่วัยใส: สถานการณ์และบริบทในสังคมไทย* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปัญญา สนั่นพานิชกุล, และยศพล เหลืองโสมนภา. (2558). การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น: ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 32*(2), 147-156.

ปุญชรัสมิ์ ศิริทรัพย์. (2555). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตนครชัยบุรินทร์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา, 6*(13), 8-27.

มนต์ชัย สันติภาพ. (2561). อัตราการเลิกใช้ยาฝังคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด พ.ศ. 2558-2560. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8*(1), 81-87.

มาลี เกื้อนพกุล, ทศพร เรืองกฤษ, และพัชรา อุบลสวัสดิ์. (2556). การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมของวัยรุ่น: เหตุผลที่ไม่ยุติการตั้งครรภ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 7*(1), 38-49.

เมธิกา ศรีสด, และพิมลพรรณ อิศรภักดี. (2559). การยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของคนไทย. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 11*(2), 137-145.

ยุพเยาว์ วิศพรรณ์, และสมจิต ยาใจ. (2559). ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27*(เพิ่มเติม 1), 1-16.

ฤดี ปุงบางกะดี่, และเอมพร รตินธร. (2557). ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำของสตรีวัยรุ่นไทย: กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 32*(2), 23-31.

ลำเจียก กำธร. (2557). "วัยรุ่น...วัยวุ่นกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม...ป้องกันอย่างไร". *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 30*(3), 97-105.

วิวรรณ พงศ์พัฒนานนท์. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นโรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 6*(2), 161-170.

วิไล ตาปะสี, และประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์. (2556). สภาพการดำเนินชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด: กรณีศึกษาวิจัยคุณภาพ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 7*(3), 121-132.

ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ทรงยศ พิลาสันต์, อินทิรา ยมาภัย, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ชลัญธร โยธาสมุทร, อภิญญา มัตเดช, และณัฐจรัส เองมหัสสกุล. (2556). *สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556*. สืบค้นจาก https://www.m-society.go.th/article_attach/11829/16120.pdf

ศิริพร จิรวัฒน์กุล, กฤตยา แสวงเจริญ, ดารุณี จงอุดมการณ์, นิลุบล รุจิรประเสริฐ, บำเพ็ญ คำดี, รชยา ยิกุสงข์, ... อิงคฎา โคตนารา. (2555). สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น: การรับรู้ของวัยรุ่นใน 7 จังหวัดของประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 21*(5), 865-877.

ศิริวรรณ กำแพงพันธ์. (2552). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สลักจิต วรรณโกษิตย์. (2555). การศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่มาคลอดในโรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 29*(4), 283-292.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2560). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2560*. สืบค้นจาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/สถานการณ์RH_2560_Website.pdf

สิริลัดดา บุญเนาว์. (2559). ความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจต่อการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น. *ชัยภูมิเวชสาร, 36*(2), 35-43.

สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดโดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมในมารดาวัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25*(2), 31-42.

สุรเดช บุณยเวทย์, จิราพร มงคลประเสริฐ, และรัตนา งามบุณยรักษ์. (2551). วิทยาการระบาดและการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2*(2), 1231-1241.

อนงค์ ประสาธน์วนกิจ, ประณีต ส่งวัฒนา, และบุญวดี เพชรรัตน์. (2552). ความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และรูปแบบพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 27*(5), 369-380.

อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารเรื่องเพศของมารดาที่มีบุตรสาววัยรุ่น ชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 22*(1), 31-50.

อารียา สมรูป. (2561). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุษณีย์ แสนหมี่. (2560). *การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด*. สืบค้นจาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1319:2017-04-19-14-49-40&catid=39&Itemid=360

Abma, J. C., & Martinez, G. M. (2017). Sexual activity and contraceptive use among teenagers in the United States, 2011-2015. *National Health Statistics Reports*, *104*, 1-23.

Aronowitz, T., Ogunlade, I. J., Nwosu, C., & Gona, P. N. (2015). Sexual communication intervention for African American mothers & daughters. *Applied Nursing Research, 28*(3), 229-234.

Bharadwaj, P., Akintomide, H., Brima, N., Copas, A., & D'Souza, R. (2012). Determinants of long-acting reversible contraceptive (LARC) use by adolescent girls and young women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 17*(4), 298-306.

Boardman, L. A., Allsworth, J., Phipps, M. G., & Lapane, K. L. (2006). Risk factors for unintended versus intended rapid repeat pregnancies among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 39*(4), 597. e1-8.

Boer, H., & Seydel, E. R. (1998). Protection Motivation Theory. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour* (pp. 95-120). Philadelphia: Open University Press.

Espey, E., & Hofler, L. (2017). Practice Bulletin No. 186: Long-acting reversible contraception: Implants and intrauterine devices. *Obstetrics and Gynecology, 130*(5), e251-e269.

Gavin, L. E., Williams, J. R., Rivera, M. I., & Lachance, C. R. (2015). Programs to strengthen parent-adolescent communication about reproductive health: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 49*(2 suppl. 1), s65-s72.

Hoopes, A. J., Gilmore, K., Cady, J., Akers, A. Y., & Ahrens, K. R. (2016). A qualitative study of factors that influence contraceptive choice among adolescent school-based health center patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29*(3), 259-264.

Inyang-Etoh, E. C., & Akpan, A. S. (2016). Side effect profile of Jadelle implant in Nigerian women during the first 12 months of usage. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 5*(5), 1461-1466.

Lewis, L. N., Doherty, D. A., Hickey, M., & Skinner, S. R. (2010). Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: A comparison of contraceptive choices, acceptability and repeat pregnancy. *Contraception, 81*(5), 421-426.

Ngowa, J. D. K., Kasia, J. M., Pisoh, W. D., Ngassam, A., & Noa, C. (2015). Obstetrical and perinatal outcomes of adolescent pregnancies in Cameroon: A retrospective cohort study at the Yaounde General Hospital. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 5*(2), 88-93.

Omar, H. A., Fowler, A., & McClanahan, K. K. (2008). Significant reduction of repeat teen pregnancy in a comprehensive young parent program. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 21*(5), 283-287.

Potter, J., Rubin, S. E., & Sherman, P. (2014). Fear of intrauterine contraception among adolescents in New York City. *Contraception, 89*(5), 446-450.

Timur, H., Kokanalı, M. K., Topçu, H. O., Topçu, S., Erkılınç, S., Uygur, D., & Yakut, H. I. (2016). Factors that affect perinatal outcomes of the second pregnancy of adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29*(1), 18-21.

Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception, 83*(5), 397-404.

Wilkie, G. L., Leung, K., Kumaraswami, T., Barlow, E., & Simas, T. A. M. (2016). Effects of obstetric complications on adolescent postpartum contraception and rapid repeat pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29*(6), 612-616.

World Health Organization. (2014). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/

World Health Organization. (2016). *Global strategy for women's, children's and adolescents' health*. Retrieved from http://www.apps.who.int/gho/data/node.gswcah

การจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในยุคไทยแลนด์ 4.0

Clinical Teaching Management for Nursing Students in Thailand 4.0 Era

เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) [1]
Benjamas Thamcharoentrakul, M.N.S. (Adult Nursing) [1]
อติพร สำราญบัว, Ph.D. (Nursing) [2]
Atiporn Samranbua, Ph.D. (Nursing) [2]

Received: November 20, 2019 Revised: April 25, 2020 Accepted: June 1, 2020

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนรู้ในคลินิกสามารถพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เกิดทักษะในยุคไทยแลนด์ 4.0 ได้ เนื่องจากนักศึกษาได้ศึกษาสถานการณ์จริงและลงมือปฏิบัติการพยาบาล ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้สอน รวมถึงได้สืบค้นข้อมูล ใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อแก้ปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยกรณีศึกษา ซึ่งล้วนเป็นการกระตุ้นการคิดแก้ปัญหาและส่งเสริมการสร้างสรรค์นวัตกรรมมาพัฒนาการบริการที่ดี กิจกรรมการเรียนรู้ในคลินิกมีหลากหลายวิธี ได้แก่ 1) การอภิปรายกลุ่มย่อย 2) การใช้แผนผังความคิด 3) การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน 4) การปรึกษาทางการพยาบาล 5) การสะท้อนคิด และ 6) การใช้สื่อมัลติมีเดีย แต่ละวิธีมีปัจจัยแห่งความสำเร็จแตกต่างกัน กิจกรรมการเรียนรู้และปัจจัยแห่งความสำเร็จจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะในยุคไทยแลนด์ 4.0 ได้แก่ การคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสังเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ การแก้ปัญหา การใช้เทคโนโลยี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะทางภาษาและศิลปะ และทักษะด้านจิตสาธารณะ

คำสำคัญ: การเรียน นักศึกษาพยาบาล ไทยแลนด์ 4.0

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
[1] Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) Email: benjamas@knc.ac.th
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
[2] Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

Abstract

Clinical teaching management can develop skills related to Thailand 4.0 era among nursing students because they can learn and practice in authentic situations under the close supervision of their teachers. In addition, they can use technology and information to solve nursing problems of their clients. All of which stimulate the problem-solving skills and encourage creating innovation to develop good services for the students. There are various clinical teaching methods, including 1) small group discussion, 2) concept mapping, 3) case-based learning, 4) nursing conference, 5) reflective thinking, and 6) multimedia using. Each method has different success factors. These teaching methods and success factors will help nursing students to gain the skills related to Thailand 4.0 era, including analytic thinking, critical thinking, synthesized innovation, creative thinking, problem solving, technology using, interpersonal relationship, language and art, and public responsibility.

Keywords: Learning, Nursing student, Thailand 4.0

บทนำ

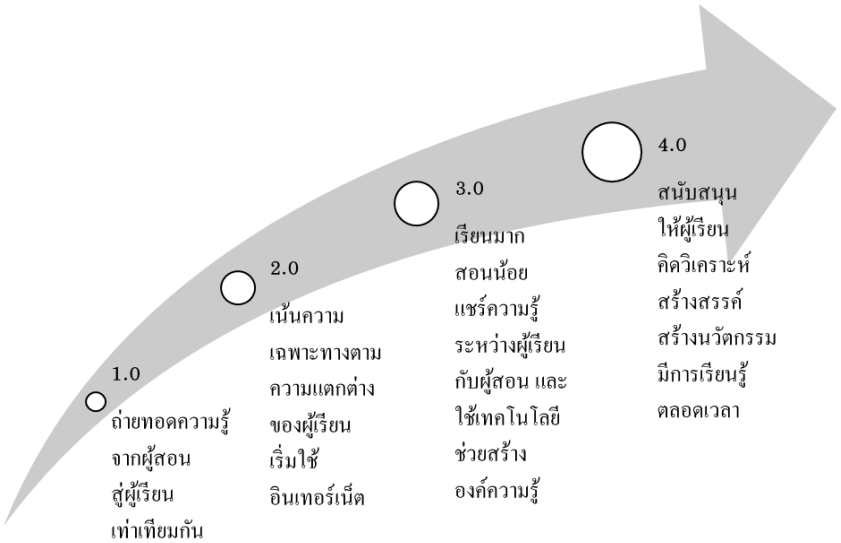
การพัฒนาประเทศเพื่อเข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคนให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ มีความพร้อมด้านกาย ใจ สติปัญญา มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น อดออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม มีหลักคิดที่ถูกต้อง มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 รักการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต สู่การเป็นคนไทยที่มีทักษะสูง เป็นนวัตกร นักคิด ผู้ประกอบการ จึงต้องการสร้างทรัพยากรมนุษย์ให้มีสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ ต่อยอดความรู้ไปสู่นวัตกรรมและความรับผิดชอบต่อสังคม (คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) การจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในยุคไทยแลนด์ 4.0 มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยพัฒนาให้นักศึกษามีทักษะการคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ ต่อยอดสู่นวัตกรรม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมถึงเข้าใจตนเองและผู้อื่น รับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม เนื่องจากการจัดการเรียนรู้ในคลินิกเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ผู้สอนมีเวลามากพอในการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้เป็นรายบุคคล สามารถจัดกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันได้หลากหลายวิธี และสนับสนุนให้ผู้เรียนทำกิจกรรมร่วมกันบนไซเบอร์ที่ทันสมัย เช่น สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต อันจะช่วยแสวงหาความรู้มหาศาลในโลกไร้ขีดจำกัด (สุนันท์ สีพาย และไพฑูรย์ สินลารัตน์, 2561) ซึ่งกระบวนการจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในยุคไทยแลนด์ 4.0 ประกอบด้วย การเตรียมผู้สอนและผู้เรียน การจัดการเรียนรู้ และการประเมินผลการเรียนรู้ ทั้งนี้ กิจกรรมการเรียนรู้ในคลินิกมีหลากหลายวิธีที่นำมาใช้ร่วมกัน ได้แก่ การอภิปรายกลุ่มย่อย การใช้แผนผังความคิด การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน การปรึกษาทางการพยาบาล การสะท้อนคิด และการใช้สื่อมัลติมีเดีย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่อยู่ในความสนใจของผู้เรียนในยุคดิจิทัล (Chicca & Shellenbarger, 2019) โดยผู้สอนต้องสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย นำเทคโนโลยีมาใช้ มีการเตรียมผู้เรียน เตรียมทรัพยากรสนับสนุนการเรียนรู้ให้เอื้อต่อการเรียนรู้รอบด้าน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในยุคไทยแลนด์ 4.0 โดยมีสาระเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในยุคไทยแลนด์ 1.0-4.0 ทักษะสำคัญของผู้เรียนในยุคไทยแลนด์ 4.0 ตามนโยบายยุทธศาสตร์ชาติไทย 20 ปี กระบวนการจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในยุคไทยแลนด์ 4.0 รวมทั้งกิจกรรมการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ช่วยพัฒนาทักษะในยุคไทยแลนด์ 4.0 และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการเรียนรู้ในคลินิก จากประสบการณ์ของผู้เขียนในการจัดการเรียนรู้วิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ซึ่งผลการประเมินพบว่า นักศึกษามีผลลัพธ์การเรียนรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในรายวิชา และนักศึกษาเห็นว่าการเรียนรู้ในคลินิกช่วยเพิ่มทักษะการคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ และความกระตือรือร้นในการเรียน เพื่อให้ผู้อ่านได้แนวทางใน

การนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนตามความเหมาะสมต่อไป

การจัดการเรียนการสอนในยุคไทยแลนด์ 1.0-4.0

จากอดีตถึงปัจจุบัน ประเทศไทยมีการพัฒนาสังคมเศรษฐกิจ การศึกษา และวัฒนธรรม มาแล้ว 3 ยุค เริ่มจากยุคไทยแลนด์ 1.0 การพัฒนาประเทศมุ่งการขับเคลื่อนผลผลิตภาคเกษตร เมื่อเข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 2.0 เน้นการผลิตอุตสาหกรรมเบาเกี่ยวกับสิ่งทอ และเมื่อถึงยุคไทยแลนด์ 3.0 การขับเคลื่อนประเทศในการพัฒนามาเน้นที่อุตสาหกรรมหนักเกี่ยวกับการผลิตเครื่องยนต์ต่าง ๆ (วิทวัส ดวงภุมเมศ และวารีรัตน์ แก้วอุไร, 2560) การพัฒนาด้านการศึกษาพบว่า เมื่อรัฐบาลใช้ยุคไทยแลนด์ 1.0 การเรียนการสอนเน้นการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนไปยังผู้เรียนเป็นหลัก เมื่อพัฒนาสู่ยุคไทยแลนด์ 2.0 ให้ความสนใจความถนัด ความชอบ และความสามารถของผู้เรียนมากขึ้น ผู้สอนมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีการปรับความรู้ของผู้เรียนให้เท่าเทียมกัน เริ่มใช้สื่อจากอินเทอร์เน็ตประกอบการเรียน ในยุคไทยแลนด์ 3.0 การเรียนการสอนเริ่มสนใจให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น คือ สอนให้น้อยแต่เรียนให้มาก (teach less learn more) และมีการนำเทคโนโลยีมาช่วยสร้างองค์ความรู้ (วิทวัส ดวงภุมเมศ และวารีรัตน์ แก้วอุไร, 2560; Puncreobutr, 2016) แม้ประเทศไทยจะผ่านการพัฒนามาถึง 3 ยุค แต่การจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมา การเรียนรู้ช่วยเพียงการสร้างความรู้ขึ้นมาใหม่ เทคโนโลยีช่วยส่งผ่านความรู้ หากต้องการให้ประเทศไทยผ่านกับดักประเทศที่มีรายได้ปานกลาง กับดักความเหลื่อมล้ำ และกับดักความไม่สมดุลของการพัฒนา การจัดการเรียนการสอนต้องเตรียมคนให้เรียนรู้อย่างมีเป้าหมาย สร้างนวัตกรรม เรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสังคม และพัฒนาสู่การปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน (คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561)

ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนในยุคไทยแลนด์ 4.0 จึงเน้นการสร้างทักษะให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ การเป็นผู้ริเริ่มในสิ่งใหม่ การต่อยอดนวัตกรรม และการคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมส่วนรวมตลอดจนสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต เพื่อการพัฒนาผู้เรียนสู่เป้าหมาย คือ มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการคิดอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะนำไปสู่การผลิตและต่อยอดนวัตกรรมเป็นของตนเอง โดยไม่ส่งผลกระทบต่อส่วนรวมในทางที่ไม่ดี และการสร้างคนให้มีการเรียนรู้อย่างไม่สิ้นสุด การจัดการเรียนรู้จึงเริ่มจากการที่ผู้สอนปรับเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้มาเป็นผู้สนับสนุนหรือผู้อำนวยการเรียนรู้ ทำหน้าที่คอยกระตุ้น สร้างแรงบันดาลใจ แนะนำวิธีเรียนรู้และวิธีจัดระเบียบความรู้ให้แก่ผู้เรียน การออกแบบวิธีการสอน การเป็นที่ปรึกษาในการสร้างนวัตกรรมให้แก่ผู้เรียน การจัดการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาและปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเรียนรู้ให้เหมาะสม เพื่อสร้างผู้เรียนให้เกิดทักษะที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ การจัดการเรียนการสอนในยุคไทยแลนด์ 1.0-4.0 แสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 การจัดการเรียนการสอนในยุคไทยแลนด์ 1.0-4.0
ที่มา: วิทวัส ดวงภุมเมศ และวารีรัตน์ แก้วอุไร (2560);
สุนันท์ สีพาย และไพฑูรย์ สินลารัตน์ (2561); Puncreobutr (2016)

ทักษะสำคัญของผู้เรียนในยุคไทยแลนด์ 4.0 ตามนโยบายยุทธศาสตร์ชาติไทย 20 ปี

การจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนในยุคไทยแลนด์ 4.0 มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เรียนมีการคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ การคิดต่อยอดนวัตกรรม และการคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม การจัดการเรียนรู้จึงต้องมีการพัฒนาทักษะหลาย ๆ ด้านไปด้วยกัน ได้แก่ 1) ทักษะการคิดวิเคราะห์ เป็นการคิดแยกแยะข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเป็นส่วน ๆ เชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นทักษะที่เป็นฐานของการเรียนรู้แบบสร้างสรรค์ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรม 2) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการประมวลผลข้อมูลอย่างลึกซึ้ง กว้างขวาง เพื่อประเมินทางเลือกที่เหมาะสม เป็นความคิดอย่างไตร่ตรองบนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้อง รอบด้าน อย่างสมเหตุสมผล ซึ่งทำให้สามารถแก้ปัญหา และยังเป็นเครื่องมือในการสืบค้นรวบรวมข้อมูลในการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง 3) ทักษะการสังเคราะห์ เป็นทักษะที่จำเป็นในการก่อเกิดนวัตกรรม 4) ทักษะการคิดสังเคราะห์ เป็นทักษะที่เป็นฐานของการเรียนรู้แบบสร้างสรรค์ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรม 5) ทักษะการแก้ปัญหา ด้วยกระบวนการบริหาร ฝึกการคิดแก้ปัญหา วางแผนใช้เหตุผล 6) ทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ผู้เรียนต้องมีความสามารถในการเข้าถึงสื่อที่มีประโยชน์ได้ตลอดเวลา การสร้างให้เกิดทักษะการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต ต้องให้ผู้เรียนรู้วิธีแยกแยะข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตมาใช้ให้เกิดประโยชน์ รู้เท่าทันสื่อ สามารถสืบค้นข้อมูลความรู้บทเรียนออนไลน์ได้ 7) ทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สร้างความยืดหยุ่นทางความคิด เป็นทักษะที่ช่วยลดความขัดแย้งของคนในสังคม สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ 8) ทักษะทางภาษาและศิลปะ เป็นทักษะสำคัญในการสื่อสารกับนานาชาติ มีประโยชน์ทั้งด้านการเรียน เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ทำให้อยู่ร่วมกันในสังคมที่เป็นพหุวัฒนธรรมได้เป็นอย่างดี และ 9) ทักษะด้านจิตสาธารณะ เพื่อพัฒนามนุษย์ให้เป็นพลเมืองดีของสังคม ประเทศ ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม (ทวีศักดิ์ จินดานุรักษ์, 2560; พาสนา จุลรัตน์, 2561) ทั้งนี้ การเรียนการสอนควรเน้นทักษะมากกว่าเนื้อหา หากการจัดการเรียนรู้สามารถสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์ได้ จะทำให้ผู้เรียนสามารถแยกแยะความรู้ที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ ช่วยให้ผู้เรียนใช้ประโยชน์จากข้อมูลรอบตัวที่มีจำนวนมากมาต่อยอดความรู้ นำไปสู่สมรรถนะด้านการคิดสร้างสรรค์ สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง มองเห็นโอกาสในการพัฒนาสิ่งต่าง ๆ เกิดการสร้างสรรค์นวัตกรรมในอนาคต ซึ่งการจัดการเรียนรู้ให้เกิดทักษะในแต่ละด้านนั้นต้องมีกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม โดยเฉพาะการจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในยุคไทยแลนด์ 4.0

กระบวนการจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในยุคไทยแลนด์ 4.0

การจัดการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลมีทั้งในชั้นเรียนและในคลินิก การจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนมีหลากหลายวิธี แต่เนื่องจากเป็นการสอนกลุ่มใหญ่ จึงมีข้อจำกัดในการเลือกกิจกรรมการเรียนรู้ที่ต้องการกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนรายบุคคล และการพัฒนาทักษะรายบุคคล รวมถึงการที่ผู้เรียนไม่ได้อยู่ในสถานการณ์จริง จึงไม่สามารถฝึกทักษะได้ครบทุกด้าน ส่วนการเรียนรู้ในคลินิกเป็นการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง ผู้เรียนมีจำนวนน้อย ผู้สอนมีความใกล้ชิดกับผู้เรียน มีเวลามากเพียงพอสามารถจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายผสมผสานกัน ผู้สอนสามารถประเมินผู้เรียนได้เป็นรายบุคคล ที่สำคัญ คือ การจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ สร้างนวัตกรรม และความรับผิดชอบต่อสังคม จึงต้องจัดการเรียนรู้ที่กระตุ้นความคิดโดยใช้หลากหลายวิธีร่วมกัน และนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาสนับสนุน โดยผู้สอนคอยกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ต้องเหมาะกับลักษณะของผู้เรียนในยุคที่เทคโนโลยีเป็นส่วนหนึ่งทางกายภาพของผู้เรียน ดังนั้น การจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลจึงต้องพัฒนาและปรับเปลี่ยนการจัดการเรียนรู้ให้สามารถพัฒนาทักษะในยุคไทยแลนด์ 4.0 ได้ โดยกระบวนการจัดการเรียนรู้ในคลินิก ผู้สอนจะต้องเตรียมสิ่งต่อไปนี้

1. การเตรียมผู้สอนและผู้เรียน

การเตรียมตนเองของผู้สอน ผู้สอนต้องฝึกประเมินความต้องการของผู้เรียน ได้แก่ ทักษะที่ต้องการเพิ่มขึ้นของผู้เรียน โดยการสังเกตพฤติกรรม มีการซักถามสิ่งที่ผู้เรียนคาดหวัง ทบทวนวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ผ่านมา ต้องฝึกใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและการสอนออนไลน์ สังเกตธรรมชาติของผู้เรียน ฟังผู้เรียนมากขึ้น พูดน้อยลง เลือกกรณีศึกษาที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ที่ต้องการพัฒนาผู้เรียน จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการเรียนรู้ อำนวยความสะดวก สร้างความอยากเรียน โดยจัดหาสถานที่ สื่อ อุปกรณ์ ให้เหมาะสมกับการสอน เปิดใจยอมรับความคิดเห็นของผู้เรียน โดยมีท่าทีผ่อนคลาย ยืดหยุ่น พูดด้วยน้ำเสียงเป็นมิตร เตรียมคำถามเพื่อท้าทายให้ผู้เรียนอยากรู้ เลือกกิจกรรมการสอนที่ทำให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ ได้ค้นหาแก้ปัญหา สร้างแรงจูงใจในการเรียน แนะนำสื่อในการค้นคว้า

(สุนันท์ สีพาย และไพฑูรย์ สินลารัตน์, 2561) โดยผู้สอนต้องมีความสามารถด้าน ICT เป็นอย่างดี (ทวีศักดิ์ จินดานุรักษ์, 2560)

การเตรียมผู้เรียน ผู้สอนต้องแจ้งวัตถุประสงค์และผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง มอบหมายให้ผู้เรียนเตรียมประเด็นในการค้นคว้า เลือกและศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการเรียนรู้ นอกจากนี้ ที่สำคัญ คือ ผู้สอนในคลินิกต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี จะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีในการพยาบาลได้ดีด้วย (Adibelli & Boyaci, 2018)

2. การจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย การนำเข้าสู่สาระการเรียนรู้ เริ่มด้วยผู้สอนเปิดประเด็นที่เป็นปัญหาทางการพยาบาลของกรณีศึกษา โดยตั้งคำถามกว้าง ๆ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนเสนอประเด็นที่ศึกษามา ผู้สอนตั้งคำถามเพื่อนำผู้เรียนไปสู่การคิดวิเคราะห์และเปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา ให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น จากนั้นผู้สอนร่วมแสดงความคิดเห็นที่สำคัญเพิ่มเติม การฝึกให้ผู้เรียนคิด คือ ในทุกวันของการฝึกปฏิบัติในคลินิก ต้องให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิดความรู้และความรู้สึก (reflective) จากนั้นผู้เรียนกลับไปสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้เป็นแผนผังความคิด ผู้เรียนนำสิ่งที่ได้ไปสู่การลงมือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่รับผิดชอบ ผู้สอนติดตามดูความเสี่ยงและการจัดการในแต่ละกรณี สอบถามและสังเกตความเข้าใจของผู้เรียนเป็นระยะ ๆ (verbal and non-verbal) เสริมแรงโดยการกล่าวชื่นชมเมื่อผู้เรียนแสดงความคิดเห็น สะท้อนคิดถึงเหตุผลของการปฏิบัติการพยาบาล และการให้ข้อมูลแก่ญาติและผู้ป่วย โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนกล้าคิดกล้าทำ คือ ผู้สอนต้องใช้ท่าทางภาษากายที่ผ่อนคลาย จึงจะทำให้ผู้เรียนรู้สึกอิสระ ได้แก่ การใช้น้ำเสียง การสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายในการเรียน เช่น การพูด การสัมผัส การสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง การสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าผู้สอนและผู้เรียนเป็นทีมเดียวกัน ค้นหาสิ่งที่ทำให้ผู้เรียนรู้สึกผ่อนคลาย

3. การประเมินผลการเรียนรู้ การเรียนรู้ในคลินิกนั้น การประเมินผลจำเป็นต้องทำทันที เพื่อสะท้อนให้ผู้เรียนรู้ตัวว่าได้เรียนรู้อย่างไร ในปัจจุบัน ผู้เรียนอยู่ในเจนเนอเรชั่น Z ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่เกิดมาพร้อมกับเทคโนโลยีที่ทันสมัยและแพร่หลาย สมาร์ทโฟนเป็นส่วนหนึ่งทางกายภาพ การได้มาซึ่งข้อมูลรวดเร็วเพียงปลายนิ้วสัมผัส สามารถทำกิจกรรมหลายอย่างในเวลาเดียวกัน สามารถใช้เทคโนโลยีและสื่อสารผ่านโลกออนไลน์ได้เป็นอย่างดี เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้เร็ว ชอบการแลกเปลี่ยน ชอบงานอิสระ (มนัสวี ศรีนนท์, 2561) คนกลุ่มนี้จึงต้องการรู้ผลลัพธ์ที่ชัดเจน รวดเร็ว (Chicca & Shellenbarger, 2019) สามารถยอมรับความจริงได้ พร้อมที่จะเรียนรู้ต่อยอด ซึ่งการประเมินความรู้ทำได้โดยให้ผู้เรียนสรุปความรู้เป็นแผนผังความคิด หรือเขียนอธิบายตามความถนัด รวมถึงการที่ผู้สอนประเมินผลโดยการสังเกตพฤติกรรมผู้เรียนจากการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยกรณีศึกษา สอดคล้องกับที่ถนอมพร เลาหจรัสแสง (2558) กล่าวว่า การประเมินผลการเรียนรู้ ใช้การสังเกตพฤติกรรมตามแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในรายวิชา ได้แก่ ทักษะการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการอภิปราย การแสดงความคิดเห็น (ออนไลน์หรือออฟไลน์) การรายงาน และการสะท้อนคิด โดยให้นักศึกษาสะท้อนคิดผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ในคลินิกหลายวิธี

กิจกรรมการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ช่วยพัฒนาทักษะในยุคไทยแลนด์ 4.0

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลช่วยพัฒนาทักษะในยุคไทยแลนด์ 4.0 เนื่องจากกิจกรรมการเรียนรู้ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีการคิดวิเคราะห์ คิดสร้างสรรค์ และคำนึงถึงส่วนรวม อีกทั้งการเรียนรู้ในคลินิกนั้นผู้สอนมีความใกล้ชิดกับนักศึกษา สามารถสนับสนุนการเรียนรู้ให้นักศึกษาได้เป็นรายบุคคล โดยผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ผสมผสานกัน 6 วิธี ที่ช่วยพัฒนาทักษะในยุคไทยแลนด์ 4.0 จำนวน 9 ทักษะ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้ในคลินิกที่ช่วยพัฒนาทักษะในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของนักศึกษาพยาบาล

ทักษะ	กิจกรรมการเรียนรู้					
	การอภิปรายกลุ่มย่อย	การใช้แผนผังความคิด	การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน	การปรึกษาทางการพยาบาล	การสะท้อนคิด	การใช้สื่อมัลติมีเดีย
การคิดวิเคราะห์	✓	✓	✓	✓	✓	
การคิดอย่างมีวิจารณญาณ	✓	✓	✓	✓	✓	

ตารางที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้ในคลินิกที่ช่วยพัฒนาทักษะในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ทักษะ	กิจกรรมการเรียนรู้					
	การอภิปรายกลุ่มย่อย	การใช้แผนผังความคิด	การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน	การปรึกษาทางการพยาบาล	การสะท้อนคิด	การใช้สื่อมัลติมีเดีย
การสังเคราะห์		✓	✓	✓	✓	
ความคิดสร้างสรรค์	✓	✓		✓	✓	✓
การแก้ปัญหา	✓		✓	✓	✓	
การใช้เทคโนโลยี		✓				✓
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	✓		✓	✓		
ทักษะทางภาษาและศิลปะ	✓	✓	✓	✓		✓
ทักษะด้านจิตสาธารณะ	✓		✓	✓		

กิจกรรมการเรียนรู้ในคลินิกทั้ง 6 วิธี ที่ช่วยพัฒนาทักษะในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของนักศึกษาพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1. การอภิปรายกลุ่ยย่อย (small group discussion method) เป็นวิธีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน และผู้เรียนกับผู้สอน โดยการอภิปรายจะช่วยให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ได้คิดวิเคราะห์ คิดสร้างสรรค์ (ทิศนา แขมมณี, 2557) การนำกิจกรรมการอภิปรายมาใช้ในการจัดการเรียนรู้ในคลินิก จะใช้ในการอภิปรายกรณีผู้ป่วยที่สนใจศึกษาร่วมกันของผู้เรียนและผู้สอน ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองจากกรณีศึกษา และแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้เรียน จึงเกิดการขยายความรู้มากขึ้น อีกทั้งผู้เรียนจะเห็นสถานการณ์ของกรณีศึกษาที่ยกมาอภิปรายที่ชัดเจนกว่าการเรียนด้วยเอกสารหรือตำรา รวมทั้งการอภิปรายทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการต่อยอดความรู้เดิมอีกด้วย

กิจกรรมการเรียนรู้แบบอภิปรายกลุ่มย่อย เริ่มจากการที่ผู้สอนกำหนดประเด็นและเป้าหมายการเรียนรู้ที่ต้องการให้ผู้เรียนศึกษา ผู้เรียนเลือกศึกษากรณีศึกษา ผู้สอนนำเข้าสู่การอภิปรายตามที่ผู้สอนหรือผู้เรียนกำหนดประเด็น เช่น การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาโลหิตจางจากมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้สอนเปิดประเด็นให้ผู้เรียนทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นจากประเด็นที่กำหนดจนได้สาระครบถ้วน ผู้สอนสรุปประเด็นที่ได้ร่วมกันอภิปราย สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการอภิปราย คือ ผู้เรียนบางคนไม่แสดงความคิดเห็น ผู้สอนต้องหาเทคนิคที่จะให้ผู้เรียนได้อภิปรายครบทุกคน เช่น ผู้สอนต้องระบุประเด็นกรณีศึกษาให้ผู้เรียนทุกคนไปศึกษามาล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน และแบ่งประเด็นที่แตกต่างกันให้แต่ละคนไปศึกษามาให้ชัดเจน เมื่อเริ่มอภิปราย เปิดโอกาสให้ผู้เรียนทุกคนได้พูดในสิ่งที่เตรียมมาก่อน แล้วผู้เรียนคนอื่นร่วมให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ประเมินผลการเรียนรู้จากพฤติกรรมของผู้เรียน โดยใช้แบบประเมินการอภิปราย และให้ผู้เรียนสะท้อนคิด

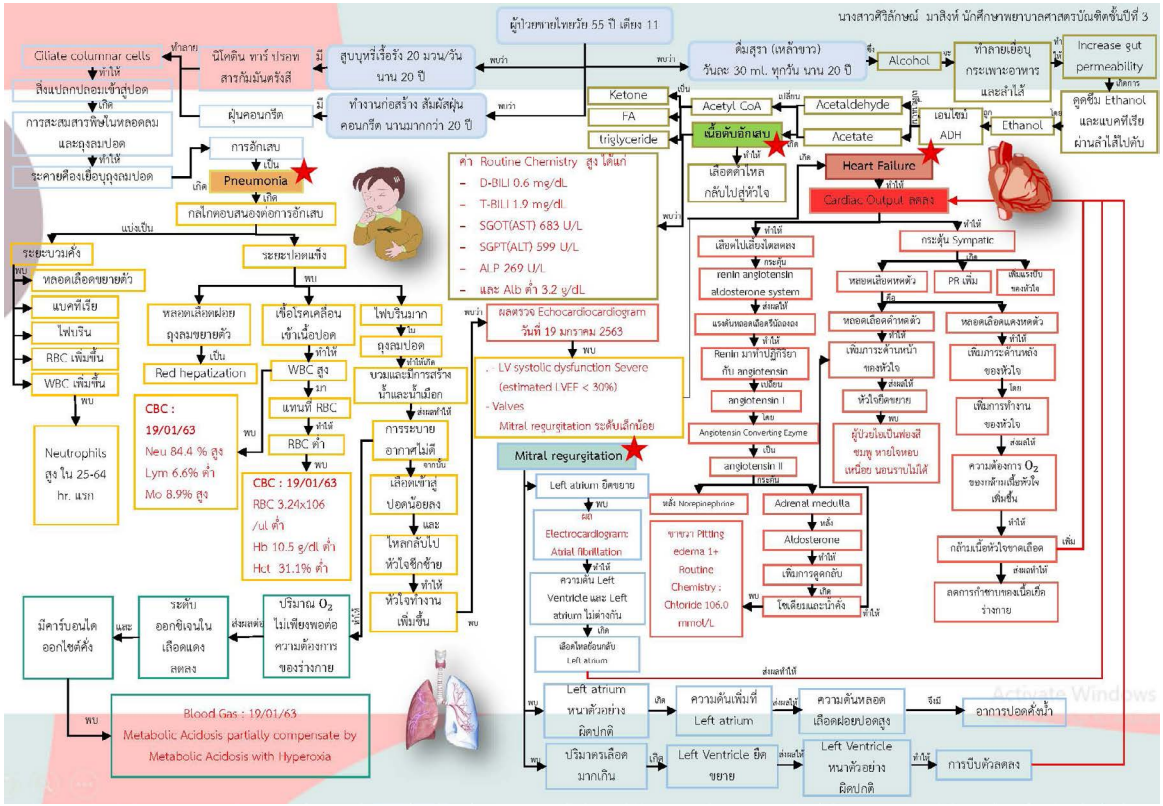
จากประสบการณ์ของผู้สอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 พบว่า เมื่อใช้วิธีนี้ ช่วยกระตุ้นผู้เรียนให้เรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น สามารถวิเคราะห์ข้อมูล และนำมาสร้างเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ ดังที่ผู้เรียนคนหนึ่งแสดงความคิดเห็นว่า “รูปแบบการเรียนลักษณะนี้เหมือนได้เป็นการกระตุ้นตนเองให้ได้เรียนรู้ในเรื่องต่าง ๆ เช่น การสืบค้นข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่ได้จากการรวบรวม เพื่อนำไปสู่การประเมินปัญหาของผู้ป่วย และการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อที่จะนำไปให้การพยาบาลกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง” ผู้เรียนอีกคนหนึ่งกล่าวว่า “ทำให้เราได้เห็นถึงสภาพที่เป็นจริง และมีการพูดคุยกันเพื่อเสนอแนะ ใครรู้อะไรก็นำมาพูดคุยกัน คนที่ไม่รู้ก็จะได้รู้ตามไปด้วย” (นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม) ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า วิธีนี้ช่วยให้เกิดการวิเคราะห์ เพิ่มความรู้จากการอภิปราย และนำความคิดดังกล่าวมาสร้างสรรค์เป็นการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้

2. การใช้แผนผังความคิด (concept mapping) เป็นการเขียนแผนผังความคิดที่สะท้อนกระบวนการคิดและ

องค์ประกอบของความรู้จากการศึกษาด้วยตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ใช้ภาพ สัญลักษณ์ ลูกศร คำอธิบาย และสีสันต่าง ๆ ที่เหมาะกับการเรียนรู้ของผู้เรียน ให้ฝึกเชื่อมโยงความคิดเป็นขั้นตอน วิเคราะห์ความคิดอย่างเป็นระบบ นำไปสู่การสังเคราะห์ความรู้หรือแนวทางใหม่ในการพยาบาลผู้ป่วย การที่ผู้เรียนคิดและเรียบเรียงเป็นแผนผังความคิดมีประโยชน์ ทำให้ผู้เรียนเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ช่วยให้จำได้ง่าย ฝึกการคิดรวบยอด (วิทวัส ดวงภุมเมศ และวารีรัตน์ แก้วอุไร, 2560) และฝึกการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (พัชรี วรกิจพูนผล, 2558)

กิจกรรมการทำแผนผังความคิดเพื่อใช้ในการเรียนในคลินิก ผู้สอนต้องแนะนำวิธีการทำแผนผังความคิดให้ผู้เรียนเพื่อนำไปเขียนเป็นแผนผังความคิดการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายประจำวัน โดยผู้เรียนจะใช้การทำแผนผังความคิดในการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละวันที่รับผิดชอบ โดยจะนำข้อมูลที่รวบรวมจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และประวัติการรักษา ไปศึกษาวิเคราะห์โดยใช้ทฤษฎีมาเทียบเคียง วิเคราะห์พยาธิสภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การรักษา เพื่อวางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน เทคนิคที่ต้องคำนึงถึง คือ ผู้สอนต้องอธิบายวิธีทำแผนผังความคิดให้ผู้เรียนเข้าใจก่อน เมื่อผู้เรียนส่งแผนผังความคิด ผู้สอนต้องตรวจทุกวัน และชี้แนะในส่วนที่ยังไม่ครบ ไม่เข้าใจ จะทำให้ผู้เรียนมีแรงกระตุ้นในการทำงานให้ดียิ่งขึ้น (Chicca & Shellenbarger, 2019) ซึ่งการเขียนแผนผังความคิด ผู้เรียนจะได้พัฒนาการสร้างสรรค์งานศิลปะควบคู่ไปกับการเรียน ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ วิเคราะห์ เชื่อมโยงข้อมูลความรู้ได้ดีขึ้น ประเมินผลการเรียนรู้จากชิ้นงาน และให้ผู้เรียนสะท้อนคิด

จากประสบการณ์ของผู้สอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 พบว่า เมื่อใช้วิธีนี้ ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นว่า “การเรียนรู้จากกรณีศึกษาที่มีภาวะซีดด้วยสาเหตุที่แตกต่างกันทำให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น จากการทำการบ้านโดยเขียนแผนผังพยาธิสภาพของผู้ป่วย จะเห็นสาเหตุ อาการ อาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงกัน ทำให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจนและวางแผนการพยาบาลได้” ผู้เรียนอีกคนหนึ่งกล่าวว่า “การเขียนเป็น concept map ทำให้เกิดความคิดเชื่อมโยง สามารถวิเคราะห์ทฤษฎีเข้ามาใช้กับกรณีศึกษา ทำให้เข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลได้ครบองค์รวม” (นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม) ตัวอย่างการเขียนแผนผังความคิดของนักศึกษาพยาบาล แสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ตัวอย่างการเขียนแผนผังความคิดของนักศึกษาพยาบาล

3. การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (case-based learning) เป็นการฝึกวิเคราะห์ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ได้รับมอบหมายเป็นรายบุคคล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการศึกษา (พัชรี วรกิจพูนผล, 2558)

กิจกรรมการเรียนรู้แบบการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานในคลินิก ผู้สอนเลือกผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีข้อมูลครอบคลุมประเด็นที่ต้องการให้เรียนรู้ ให้ผู้เรียนเตรียมศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษามาก่อน 1 วัน ผู้สอนเปิดการสนทนาเกี่ยวกับผู้ป่วยกรณีศึกษาตามเนื้อหา ซักถาม ให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น และสรุปความรู้จากกรณีศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจมากกว่าการที่ผู้สอนอธิบายเองทั้งหมด ทั้งยังส่งเสริมให้ผู้เรียนกระตือรือร้น ฝึกคิดวิเคราะห์ และจดจำความรู้ได้ดี (วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เฮงยศมาก, 2562) ประเมินผลการเรียนรู้จากพฤติกรรมของผู้เรียน โดยใช้แบบประเมินการอภิปราย ประเมินการเขียนรายงานกรณีศึกษา และให้ผู้เรียนสะท้อนคิด

จากประสบการณ์ของผู้สอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 พบว่า เมื่อใช้วิธีนี้ ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นว่า “การสอนแบบ case-based learning ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้น เมื่อนำข้อมูลผู้ป่วยจริงไปเปรียบเทียบกับทฤษฎีจะทำให้เราจดจำโรคได้ดีกว่าที่ต้องท่องจำจากตำรา เมื่อทำแบบทดสอบก็จะนึกถึงกรณีศึกษา สามารถลดภาระการอ่านหนังสือ และการเรียนแบบนี้สนุกในการได้ฝึกคิดวิเคราะห์ มีความท้าทายการศึกษาในกรณีศึกษาที่ยากขึ้น” ผู้เรียนอีกคนหนึ่งกล่าวว่า “case-based learning มีความเหมาะสมในการเรียน เห็นด้วยกับอาจารย์ที่นำกรณีศึกษามาให้ศึกษาก่อน ทำให้เราเข้าใจการดำเนินของโรค คิดวิเคราะห์ แยกแยะข้อมูล เพื่อนำมาสนับสนุนการวางแผนการพยาบาล ได้เปรียบเทียบพยาธิสภาพของโรคกับผู้ป่วยกรณีศึกษา ทำให้เข้าใจยิ่งขึ้น ได้ฝึกการพูด แสดงความคิดเห็น” (นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม)

4. การปรึกษาทางการพยาบาล (conference) เป็นการจัดการเรียนรู้ที่มีขั้นตอนเหมือนกับการอภิปรายกลุ่มย่อย ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรมที่ใช้สอนในคลินิก ได้แก่ pre-conference, post-conference และ case conference

กิจกรรมการเรียนรู้แบบการปรึกษาทางการพยาบาล การทำ pre-conference ผู้สอนให้ผู้เรียนเตรียมพร้อมก่อนการให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยให้ผู้เรียนเลือกกรณีศึกษาตามความสนใจ กิจกรรมทำในตอนเช้าเพื่อเตรียมตัวให้การพยาบาลผู้ป่วย ด้วยการนำเสนอแผนการพยาบาลที่วางไว้ จากนั้นผู้สอนและผู้เรียนคนอื่นๆ ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมหรือปรับให้ถูกต้องและเหมาะสม ส่วนการทำ post-conference ทำเมื่อเสร็จสิ้นการเรียนในคลินิกแต่ละวัน โดยผู้สอนให้ผู้เรียนประเมินตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลมาตลอดทั้งวัน ในส่วนที่เป็นทักษะความรู้ ทักษะปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และให้ผู้เรียนได้มองกลับมาดูที่ตนเองว่าอะไรที่ตนเองทำถูกต้อง อะไรที่ต้องกลับไปศึกษาหรือพัฒนาเพิ่มเติม สำหรับการทำ case conference เป็นการมอบหมายให้ผู้เรียนศึกษากรณีศึกษาเป็นกลุ่มย่อย และนำมาปรึกษาหารือกับผู้เรียนด้วยกันและผู้สอน ทั้งนี้ การทำ conference เป็นการพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ การแสดงความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์ เช่นเดียวกับการอภิปรายกลุ่ม แต่ควรคำนึงถึงเรื่องเวลาที่ต้องกระชับ โดยให้เวลาในการอภิปรายของแต่ละคน 3-4 นาที ซึ่งผู้สอนต้องแจ้งเวลาในการอภิปรายให้ชัดเจน ประเมินผลการเรียนรู้จากพฤติกรรมของผู้เรียน โดยใช้แบบประเมินการอภิปราย การนำเสนอกรณีศึกษา และให้ผู้เรียนสะท้อนคิด

จากประสบการณ์ของผู้สอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 พบว่า เมื่อใช้วิธีนี้ ผู้เรียนให้ความสนใจและได้แสดงความคิดเห็นว่า “pre-conference เป็นการสอนให้ผู้เรียนค้นคว้าด้วยตนเอง เริ่มจากการเลือกกรณีศึกษา รวบรวมข้อมูล การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อซักประวัติ ตรวจร่างกาย ได้ฝึกพูด” ผู้เรียนอีกคนหนึ่งกล่าวว่า “pre-conference และ post-conference ในแต่ละวัน ทำให้ผู้เรียนต้องมีการเตรียมพร้อมก่อนการปฏิบัติงานในแต่ละวัน โดยต้องพูด อธิบายกรณีศึกษาที่ได้รับมอบหมายให้อาจารย์และเพื่อนเข้าใจ ขณะเดียวกันก็ได้ฟังความรู้จากเพื่อนและอาจารย์ ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ได้ความรู้เพิ่มขึ้น” (นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม)

5. การสะท้อนคิด (reflective thinking) วิธีนี้มุ่งให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมองเห็นความคิดและความรู้สึกของตนเอง พัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ พัฒนาความคิดขั้นสูงระดับจิตสำนึกในการทำงาน (กรรณิกา วิชัยเนตร, 2557; พัชรี วรกิจพูนผล, 2558; พิริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์, 2556) เกิดความเข้าใจมนุษย์ รับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม หากฝึกให้ผู้เรียนใช้วิธีนี้เป็นประจำจะทำให้ผู้เรียนเข้าใจตนเองและผู้อื่น จึงมีความเหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาลมาก เนื่องจากต้องฝึกให้เข้าใจมนุษย์

กิจกรรมการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด ผู้สอนใช้วิธีนี้หลังจากปฏิบัติงาน หรือหลังการอภิปรายกรณีศึกษา ผู้สอนตั้งคำถามถึงสิ่งที่ประทับใจ ความดี ความเครียด ความสุข ฯลฯ

ของผู้เรียนในสถานการณ์ที่ปฏิบัติงาน ให้ผู้เรียนมองกลับเข้าหาตนเอง สร้างจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม ตัวอย่างเช่น ผู้สอนเปิดประเด็นให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิดว่า “มีความรู้สึกอย่างไรเมื่อเห็นผู้ป่วยอาการดีขึ้น” หรือ “วันนี้รู้สึกอย่างไร มีอะไรติดค้างในใจไหม” ประเมินผลการเรียนรู้จากพฤติกรรมของผู้เรียน และให้ผู้เรียนสะท้อนคิด

จากประสบการณ์ของผู้สอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 พบว่า เมื่อใช้วิธีนี้ ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นว่า “การประเมินตนเองและคิดถึงความคิดของตนเอง สะท้อนให้ผู้เรียนได้รับรู้ตนเองในแต่ละวัน ได้รับการเสริมแรงให้ผู้เรียนมีกำลังใจในการตั้งใจปฏิบัติงานมากขึ้น” (นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม)

6. การใช้สื่อมัลติมีเดีย เป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับการเรียนรู้ของผู้เรียนในปัจจุบันมาก เนื่องจากเป็นผู้เรียนเจนเนอเรชั่น Z ซึ่งเติบโตมาท่ามกลางสังคมแบบดิจิทัล มีการใช้สื่อทางอินเทอร์เน็ต และมีทักษะการใช้อินเทอร์เน็ต (มนัสวี ศรีนนท์, 2561; Chicca & Shellenbarger, 2019) การใช้สื่อมัลติมีเดีย การแสวงหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต เป็นการใช้เทคโนโลยีใกล้ตัวผู้เรียนมาช่วยให้ผู้เรียนมองเห็นภาพและกลไกของพยาธิสภาพของผู้ป่วย การทำหัตถการทางการแพทย์ที่ไม่มีในขณะเรียนในคลินิก ซึ่งช่วยทำให้ผู้เรียนเข้าใจมากยิ่งขึ้น สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองและทบทวนได้ตามความต้องการ เข้าถึงสื่อได้ง่าย สื่อมีความน่าสนใจ เนื่องจากผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสหลายด้าน ทั้งการมองเห็นและการฟัง ทำให้มีความเข้าใจในสาระการเรียนมากยิ่งขึ้น รวมถึงช่วยพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ ทักษะการใช้อินเทอร์เน็ต พัฒนาการสร้างสรรค์นวัตกรรม กระตุ้นการเรียนรู้ (นิกร จันภิลม, ศตพล กัลยา, ภาสกร เรืองรอง, และรุจโรจน์ แก้วอุไร, 2562) และสามารถใช้การเรียนรู้ร่วมกันผ่านอินเทอร์เน็ตตามความต้องการ

กิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้สื่อมัลติมีเดีย ผู้สอนจัดหาสื่อมัลติมีเดียและแหล่งสืบค้นสื่อ มอบหมายให้ผู้เรียนไปศึกษาด้วยตนเองประกอบกับการเรียนรู้ในคลินิก และในขณะเรียนในคลินิก ผู้สอนให้ผู้เรียนใช้โทรศัพท์มือถือหรือแท็บเล็ตในการสืบค้นเพิ่มเติมได้ตามความต้องการ ประเมินผลการเรียนรู้จากพฤติกรรมของผู้เรียน โดยใช้แบบประเมิน และให้ผู้เรียนสะท้อนคิด

จากประสบการณ์ของผู้สอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 พบว่า เมื่อใช้วิธีนี้ ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นว่า “เข้าใจง่ายขึ้นเมื่อมีสื่อวิดีโอ YouTube ก็ทำให้เห็นถึงวิธีการรักษาที่ชัดเจนมากกว่าอ่านจากตำรา เข้าใจได้ครอบคลุม” ผู้เรียนอีกคนหนึ่งกล่าวว่า “การใช้สื่อวิดีโอในการสอนร่วมกับการอธิบาย ก็จะทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น” (นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม)

จากประสบการณ์การจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 โดยใช้กิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายร่วมกันอย่างเหมาะสม ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้อย่างเป็นรูปธรรมและเห็นผลที่เกิดจากการกระทำที่ชัดเจน ได้เรียนรู้ความเป็นจริงของผู้ป่วย เข้าใจความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อน และผู้สอน สิ่งสำคัญ คือ นักศึกษาได้เห็นความคิดและความรู้สึกของตนเองจากการสะท้อนคิด ได้คิดวิเคราะห์ ฝึกการสร้างสรรค์การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทั้งนี้ การจัดการเรียนรู้จะประสบผลสำเร็จได้นั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ ซึ่งมีทั้งด้านผู้สอน ด้านผู้เรียน และด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการเรียนรู้ในคลินิก

การจัดการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลต้องเตรียมผู้สอน ผู้เรียน กระบวนการและวิธีการสอน สภาพแวดล้อมทางกายภาพและด้านจิตสังคม ซึ่งทุกส่วนมีผลต่อความสำเร็จในการเรียนรู้ของผู้เรียน ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้ตามศักยภาพสูงสุดที่มี สร้างผู้เรียนให้คิดเป็น ทำเป็น ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านผู้สอน

1.1 ฝึกฝนการสอนให้ผู้เรียนได้ใช้ทักษะหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ การคิดวิเคราะห์จากการเรียนในสถานการณ์จริง (work-based learning/ work-integrated learning/ site-based learning) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดสร้างสรรค์ การคิดอย่างมีระบบ (ทวีศักดิ์ จินดานุรักษ์, 2560) โดยผู้สอนควรมีวิธีการตั้งคำถามที่ท้าทาย แนะนำช่องทางการค้นคว้าในช่วงต้น มอบหมายงาน และระบุผลลัพธ์ที่ต้องการให้ชัดเจน

1.2 สามารถลำดับขั้นตอนการสอนในแต่ละกิจกรรมการเรียนรู้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ การคิดเป็นระบบ พัฒนาการคิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง

1.3 เป็นกัลยาณมิตร ใจเย็น คอยกระตุ้นให้ผู้เรียนมีทัศนคติทางบวกต่อวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิดจากการกระทำโดยตัวผู้เรียนในช่วงเวลาที่ทำการ pre-conference และ post-conference ในแต่ละวัน

1.4 มีทักษะในการสอนสาธิตโดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ให้ผู้เรียนได้ทดลองทำและผู้สอนดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้เรียน ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

และเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้สอนเป็นเพียงผู้กระตุ้น คอยช่วยอำนวยความสะดวก ไม่เร่งเร้าหรือตำหนิผู้เรียน

1.5 มีความไวต่อความรู้สึกของผู้เรียน แสดงออกทางบวก เช่น กล่าวชื่นชม สัมผัสผู้เรียนเพื่อให้กำลังใจ จะช่วยทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ในคลินิกได้ดี และสร้างทัศนคติทางบวกให้เกิดกับผู้เรียน

1.6 มีความสามารถในการแลกเปลี่ยนความรู้ โดยไม่ขัดขวางความคิดของผู้เรียน

1.7 ตรวจและเสนอแนะงานทันที รวดเร็ว โดยตรวจรายงานและให้ข้อเสนอแนะทุกวัน และให้ข้อเสนอแนะ สะท้อนผลลัพธ์ในการทำ pre-conference และ post-conference

1.8 นำเทคโนโลยีใกล้ตัวผู้เรียนมาใช้ ให้ผู้เรียนค้นคว้าผ่านโทรศัพท์มือถือ

1.9 ยืดหยุ่นเรื่องเวลา ต้องรอและให้เวลากับผู้เรียน แสดงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้เรียน รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้เรียนทุกเรื่อง

2. ด้านผู้เรียน

2.1 มีการเตรียมผู้เรียนเกี่ยวกับวิธีการเรียนรู้ในแบบต่าง ๆ

2.2 ปรับมุมมองให้ผู้เรียนเข้าใจว่า การเรียนในคลินิก “เป็นการที่ผู้เรียนจะได้ฝึกฝนตนเอง” หากผู้เรียนไม่กล้าที่จะปฏิบัติ ผู้สอนคอยให้กำลังใจ ไม่ควรดุ เพราะจะทำให้ผู้เรียนท้อแท้ หมดกำลังใจ และไม่อยากเรียนรู้ต่อไป

2.3 การสะท้อนคิด ให้สะท้อนคิดทางบวกให้มากที่สุด เพื่อสร้างกำลังใจให้แก่ผู้เรียน

3. สิ่งแวดล้อม

3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ บรรยากาศสถานที่ในคลินิกที่ขึ้นฝึกปฏิบัติไม่วุ่นวายสับสน จำนวนกรณีศึกษาเพียงพอ หลากหลาย จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

3.2 สิ่งแวดล้อมทางจิตสังคม ผู้สอนไม่กดดันผู้เรียน สอนสนุก ไม่เครียด และยิ้มแย้มแจ่มใส สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และการมีส่วนร่วมของพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วย เนื่องจากมีส่วนสำคัญต่อความกล้าแสดงความคิดเห็นและการลงมือปฏิบัติของผู้เรียน ผู้สอนจัดให้เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างเพื่อนในกลุ่ม ทำให้ผู้เรียนมีกำลังใจ พยาบาลพี่เลี้ยงให้โอกาสผู้เรียนได้ทดลองฝึกทักษะการคิด การปฏิบัติจากประสบการณ์จริง นอกจากนี้ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนกับพยาบาลพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกจะทำให้ผู้เรียนสามารถทำงานร่วมกับแหล่งฝึกได้อย่างราบรื่น

สรุป

ยุคไทยแลนด์ 4.0 ประเทศไทยต้องการพัฒนาคนให้สามารถพึ่งพาตนเอง สามารถนำพาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ทรัพยากรมนุษย์จึงต้องมีทักษะการคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ ต่อยอดความรู้สู่นวัตกรรม และรับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม การจัดการเรียนรู้ในคลินิกช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทักษะดังกล่าว กระบวนการเรียนรู้ในคลินิกประกอบด้วย การเตรียมผู้สอนและผู้เรียน การจัดการเรียนรู้และการประเมินผลการเรียนรู้ โดยกิจกรรมการเรียนรู้ในคลินิกมีหลากหลายวิธีที่ควรนำมาใช้ร่วมกัน ได้แก่ การอภิปรายกลุ่มย่อย การใช้แผนผังความคิด การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน การปรึกษาทางการพยาบาล การสะท้อนคิด และการใช้สื่อมัลติมีเดีย ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการเรียนรู้ในคลินิกนั้น ผู้สอนต้องมีความสามารถในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย สามารถใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย สนับสนุนการเรียนรู้ตามความต้องการของผู้เรียน จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ เป็นกัลยาณมิตร มีความยืดหยุ่น ผ่อนคลาย ยอมรับความคิดเห็นของผู้เรียน ไวต่อความรู้สึกของผู้เรียน มีการแสดงออกทางบวก กระตุ้นให้ผู้เรียนกล้าถาม กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง และสนับสนุนให้สะท้อนคิด เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจตนเองและผู้อื่น ซึ่งการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และปัจจัยแห่งความสำเร็จดังกล่าว ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะในยุคไทยแลนด์ 4.0 อันมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศสืบไป

เอกสารอ้างอิง

กรรณิกา วิชัยเนตร. (2557). การสะท้อนคิด: การสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 6*(2), 188-199.

คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

ถนอมพร เลาหจรัสแสง. (2558). อาจารย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่กับการจัดการเรียนรู้แบบใหม่ในศตวรรษที่ 21. ใน สำนักพัฒนาคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, *คู่มืออาจารย์ด้านการสอน* (น. 1-12). ม.ป.ท.

ทวีศักดิ์ จินดานุรักษ์. (2560). ครูและนักเรียนในยุคการศึกษาไทย 4.0. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์การเรียนรู้ทางไกลเชิงนวัตกรรม, 7*(2), 14-29.

ทิศนา แขมมณี. (2557). *14 วิธีสอนสำหรับครูมืออาชีพ* (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิกร จันภิลม, ศตพล กัลยา, ภาสกร เรืองรอง, และรุจโรจน์ แก้วอุไร. (2562). เทคโนโลยีการศึกษาในยุค Thailand 4.0. *วารสารปัญญาภิวัฒน์, 11*(1), 304-314.

พัชรี วรกิจพูนผล. (2558). การเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา (Case based learning). ใน สำนักพัฒนาคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, *คู่มืออาจารย์ด้านการสอน* (น. 49-55). ม.ป.ท.

พาสนา จุลรัตน์. (2561). การจัดการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนในยุค Thailand 4.0. *Veridian E-Journal Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 11*(2), 2363-2380.

พิริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์. (2556). การสอนนักศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 19*(2), 5-19.

มนัสวี ศรีนนท์. (2561). ทฤษฎีเจเนอเรชันกับกรอบวิธีคิด. *วารสาร "ศึกษาศาสตร์ มมร", 6*(1), 364-373.

วิจิตรา กุสุมภ์, และอรุณี เฮงยศมาก. (2562). ผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความคงทนในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี, 8*(1), 187-196.

วิทวัส ดวงภุมเมศ, และวารีรัตน์ แก้วอุไร. (2560). การจัดการเรียนรู้ในยุคไทยแลนด์ 4.0 ด้วยการเรียนรู้อย่างกระตือรือร้น. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม, 11*(2), 1-14.

สุนันท์ สีพาย, และไพฑูรย์ สินลารัตน์. (2561). เปลี่ยนผ่านการศึกษาไทยสู่ การศึกษา 4.0. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 24*(2), 13-27.

Adibelli, D., & Boyaci, B. (2018). The views of nurses related to innovative practices in clinical teaching. *International Journal of Caring Sciences, 11*(2), 734-742.

Chicca, J., & Shellenbarger, T. (2019). A new generation of nurses is here: Strategies for working with generation Z. *American Nurse Today, 14*(2), 48-50.

Puncreobutr, V. (2016). Education 4.0: New challenge of learning. *St. Theresa Journal of Humanities and Social Sciences, 2*(2), 92-97.

บทบาทของพยาบาลในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

Nurse's Roles for Participation in Age-friendly Community Development

รัชชนก กลิ่นชาติ, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) [1]

Rudchanok Klinchat, M.N.S. (Nursing Education) [1]

Received: February 24, 2020 Revised: April 12, 2020 Accepted: June 4, 2020

บทคัดย่อ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว แม้ว่าประเทศไทยจะมีการดำเนินงานผู้สูงอายุภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ก็ตาม แต่การดำเนินงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2561 จึงได้มีการจัดทำมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ โดยนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกมาเป็นแนวคิดหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และขับเคลื่อนแผนบูรณาการความร่วมมือกับกระทรวงต่าง ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยงานระดับพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข และพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักโดยตรงในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งสุขภาพเป็นองค์ประกอบพื้นฐานหลักที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ดังนั้น พยาบาลจึงควรเข้าใจบทบาทของตนเองในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ คนในชุมชน องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยบทบาทของพยาบาลประกอบด้วย 7 บทบาท ได้แก่ ผู้ดูแลแบบองค์รวม ผู้ตัดสินใจ ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนที่มีความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาแผนการดูแล ทีมผู้ปฏิบัติงาน และผู้วิจัย

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การมีส่วนร่วม การพัฒนา ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

[1] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, E-mail: krudchanok5@gmail.com

Abstract

Thailand has entered ageing society since 2005 which is rapidly increasing in the elderly. Although, Thailand has worked on the elderly under a National Plan on the Elderly since 2002, there is no identical direction and no integration among the related agencies. Therefore, in 2018, Thailand has driving national agenda regarding ageing society using age-friendly community concepts of WHO for developing the quality of life of the elderly as well as integrative plans among ministries such as the Ministry of Public Health and the Ministry of Interior. For the Ministry of Public Health, the district health promoting hospitals are the local organizations and nurses play a major role in responsibility for health care among the elderly. As we known, health is a basic important component of quality of life development among the elderly according to the concepts of an age-friendly community. Therefore, nurses should understand their roles for participation in age-friendly community development in order to increase an effective collaboration with a multidisciplinary team, community, as well as government and private organizations for age-friendly community development. There are seven nurse's roles for participation in age-friendly community development as follows: a holistic caregiver, a decision maker, an expert, a responsible friend, a care plan counselor, a team player, and a researcher.

Keywords: Nurse's roles, Participation, Development, Age-friendly community

บทนำ

สหประชาชาติคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 ผู้สูงอายุในโลกจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1.50 พันล้านคน คิดเป็นสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 16 (United Nations, 2019) สำหรับประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ (ageing society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุร้อยละ 17.60 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 จะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2574 จะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) ในขณะที่ประชากรวัยทำงานและวัยเด็กกลับมีจำนวนลดลง จึงจำเป็นที่จะต้องเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวและเตรียมพร้อมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) ผลกระทบจากการเป็นสังคมสูงอายุมีผลต่อวิถีชีวิตของประชาชนชัดเจนขึ้นเรื่อย ๆ เช่น ระบบขนส่ง สภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต ค่านิยมในการดำรงชีวิต มีอุบัติการณ์โรคเบาหวานและโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งยังมีปัญหามลพิษและสารก่อมะเร็งเพิ่มมากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2558) แม้ว่าประเทศไทยจะมีการดำเนินงานผู้สูงอายุภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และมีการประกาศพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ก็ตาม แต่การดำเนินงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ยังขาดการบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง ในปี พ.ศ. 2558 มีการตั้งกรมกิจการผู้สูงอายุ เพื่อรับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับภารกิจต่าง ๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยในแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้มีการนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age-friendly community) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) มาปรับใช้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563) ในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลได้ประกาศระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในมาตรการย่อย 1.3 ระบบสุขภาพที่รองรับสังคมสูงอายุ และยังเป็นหน่วยงานร่วมกับกระทรวงอื่นในมาตรการย่อยต่าง ๆ อีก ได้แก่ การสร้างระบบคุ้มครองและสวัสดิการผู้สูงอายุ การสร้างความรอบรู้ให้คนรุ่นใหม่เตรียมความพร้อมในทุกมิติ ยกระดับความร่วมมือในการเสริมสร้างพลังสังคมสูงอายุ ปฏิรูประบบข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ และพลิกโฉมนวัตกรรมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคมสูงอายุ

(กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562) ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยงานหลักระดับพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข และพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักโดยตรงในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งต้องให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยในการพัฒนานั้นมีการนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้ด้วย ดังนั้น พยาบาลจึงควรเข้าใจบทบาทของตนเองในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ คุณสมบัติของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และบทบาทของพยาบาลในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อให้พยาบาลสามารถทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ คนในชุมชน องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นั่นเอง

แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกได้ริเริ่มแนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ผู้สูงอายุมีพลัง หรือแนวคิดพฤฒิพลัง (active ageing) โดยเสนอให้ใช้แนวคิดนี้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 แนวคิดนี้เน้นที่บุคคล ซึ่งก็คือ ผู้สูงอายุ นั่นเอง โดยต้องการให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วยสามองค์ประกอบหลัก ได้แก่ สุขภาพ (health) การมีส่วนร่วม (participation) และความมั่นคงปลอดภัย (security) (WHO, 2002) ต่อมาในปี ค.ศ. 2007 องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age-friendly community) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดพฤฒิพลัง โดยมีการพัฒนาทั้งด้านกายภาพ สภาพแวดล้อมทางสังคม สุขภาพอนามัย และการให้บริการทางสังคม และได้มีการนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมาใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก สำหรับประเทศไทย กรมอนามัยได้เริ่มนำแนวคิดนี้มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยได้จัดทำโครงการ “เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: Age-friendly City” พร้อมทำบันทึกข้อตกลงความเข้าใจกับเมืองพัทยาและนครนนทบุรี เพื่อนำร่องในการสร้างต้นแบบเมืองที่เป็นมิตรกับสังคมสูงวัยในประเทศไทย โดยเมืองพัทยาได้จัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานทางการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และดำเนินการปรับปรุงอาคารสถานที่และบริเวณภายนอก จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การอบรมปฏิบัติธรรมสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนเทศบาลนครนนทบุรีมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อเป็นสถานที่ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และพัฒนาศักยภาพ รวมทั้งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (วรวรรณ ผลิคามิน, ณัฐสุชน อินทราวุธ, พิมพ์ชนก บุนนาค, และวรวิช ลิ้มมณีวิจิตร, 2558) ทั้งนี้มีการให้ความหมายและองค์ประกอบของแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ดังนี้

ความหมายของแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ให้ความหมายของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age-friendly community) หรือเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age-friendly city) ว่าหมายถึง ชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตด้วยความมั่นคง ปลอดภัย มีตัวอาคารและสภาพแวดล้อมที่ไร้สิ่งกีดขวาง ช่วยให้คนทั่วไปและคนพิการสามารถใช้ได้อย่างสะดวกสบาย มีความปลอดภัยในชุมชน ทำให้เด็ก วัยรุ่น ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมหรือเดินเล่นได้อย่างมั่นใจ มีสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการด้านสุขภาพอนามัย มีการจ้างงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเป็นมิตรทั้งด้านสังคมและกายภาพ

Handler (2014) ให้ความหมายของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุว่า เป็นชุมชนที่มีความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งในสภาพแวดล้อมด้านต่างๆ นโยบาย การบริการ โครงสร้างทางสังคมและกายภาพ ที่ช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาพดี มีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมด้านกายภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ที่ทำให้ผู้สูงอายุและทุกคนในชุมชนมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ รู้สึกว่ามีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

องค์ประกอบของแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบ 8 ประการ ซึ่งต้องพัฒนาแต่ละองค์ประกอบให้มีลักษณะดังนี้ (Geller, 2015; Handler, 2014; WHO, 2007)

1. พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร (outdoor spaces and buildings) มีสภาพแวดล้อมที่อยู่สบายและสะอาด มีพื้นที่สีเขียว มีที่นั่งพัก มีทางเดินสำหรับผู้สูงอายุ มีทางม้าลายที่ปลอดภัย มีโอกาสของการใช้ประโยชน์พื้นที่ของผู้สูงอายุ มีสภาพแวดล้อมของทางเดินเท้าและทางจักรยานที่ปลอดภัย อาคารสะดวกสบายสำหรับการใช้ของผู้สูงอายุ มีห้องน้ำสาธารณะถูกสุขลักษณะและเพียงพอ รวมทั้งตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวกปลอดภัย มีแสงสว่างเพียงพอ

2. การคมนาคมขนส่งและการสัญจร (transportation) ค่าบริการขนส่งมวลชนมีราคาเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ติดแสดงให้เห็นชัดเจน มีจุดหมายปลายทางที่ครอบคลุมจุดสำคัญที่จำเป็น เช่น โรงพยาบาล สวนสาธารณะ ห้างสรรพสินค้า ธนาคาร ระบบบริการขนส่งมวลชนครอบคลุมทุกพื้นที่ของเมืองและมีปริมาณเพียงพอ มีระบบการเชื่อมต่อในเมือง นอกเมือง และระหว่างเมือง ยานพาหนะเอื้อต่อการใช้บริการของผู้สูงอายุและผู้พิการ สะอาด สภาพดี มีที่นั่งพิเศษสงวนไว้เพื่อผู้สูงอายุ มีการออกแบบป้ายจอดรับส่งผู้โดยสารที่ดี โดยอยู่ใกล้บริเวณที่ผู้สูงอายุพักอาศัย มีที่นั่งพร้อมร่มเงา สะอาด ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ มีที่จอดรถที่เสียค่าบริการเหมาะสม มีที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ มีจุดรับส่งผู้สูงอายุและผู้พิการ

3. ที่อยู่อาศัย (housing) ที่อยู่อาศัยมีราคาที่ผู้สูงอายุสามารถจ่ายได้ ออกแบบให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ วัสดุแข็งแรง ทนทาน มั่นคง มีพื้นที่ให้เคลื่อนไหวได้เหมาะสม ทางเดิน ห้องน้ำ ห้องนอน ห้องครัว เหมาะกับผู้สูงอายุ รวมทั้งมีอุปกรณ์เสริมที่ช่วยอำนวยความสะดวกภายในบ้าน มีบริการบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ มีการออกแบบให้ผู้สูงอายุได้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และมีความรู้สึกปลอดภัยในการดำรงชีวิตในแต่ละวัน

4. การมีส่วนร่วมทางสังคม (social participation) จัดให้มีสถานที่ที่สะดวกสบายต่อการมาร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ สามารถนำเพื่อนมาร่วมกิจกรรมได้ ช่วงเวลาการจัดกิจกรรมเหมาะสม เข้าร่วมได้ทุกคนโดยไม่จำกัดว่าต้องเป็นสมาชิก การเสียค่าเข้าร่วมกิจกรรมต้องมีความเหมาะสม เป็นธรรม สามารถจ่ายได้ กิจกรรมมีความครอบคลุม หลากหลาย เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีความชอบแตกต่างกัน และมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม รวมทั้งกิจกรรมและสถานที่จัดมีความปลอดภัย

5. การเคารพและการยอมรับในสังคม (respect and social inclusion) ผู้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุแสดงออกถึงการให้เกียรติและพร้อมช่วยเหลือผู้สูงอายุ สื่อต่าง ๆ นำเสนอภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุในทางบวกต่อสาธารณะ มีการผสมผสานระหว่างกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน และการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น มีกิจกรรมที่ทำร่วมกันสำหรับคนอายุแตกต่างกัน มีกิจกรรมสร้างความสุขและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเมื่อสูงอายุ ผู้สูงอายุได้มีโอกาสถ่ายทอดความรู้ให้แก่คนรุ่นต่าง ๆ ในสังคม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจของชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุโดยรวม และผู้สูงอายุได้รับการยอมรับนับถือจากชุมชน

6. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (civic participation and employment) มีทางเลือกหลากหลายให้ผู้สูงอายุได้สมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้ หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ โดยค่าตอบแทนในการจ้างงานต้องมีความยุติธรรมและเหมาะสม

7. การสื่อสารและการให้ข้อมูล (communication and information) จัดระบบการสื่อสารขั้นพื้นฐานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เข้าถึงได้ทุกคน ข่าวสารน่าเชื่อถือ ชัดเจน อ่านง่าย มีอุปกรณ์อัตโนมัติที่เหมาะสมและเพียงพอให้ผู้สูงอายุสะดวกในการใช้งาน และต้องมีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเข้าใจตรงกันทุกคน รวมทั้งจัดบุคลากรคอยให้ความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

8. การสนับสนุนของชุมชนและการให้บริการด้านสุขภาพ (community support and health services) มีการบริการด้านสุขภาพและสังคมที่เหมาะสมและเพียงพอต่อผู้สูงอายุ ให้มีความครอบคลุมความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต และมีการจัดแผนรองรับกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินด้วย

ลักษณะของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้ง 8 องค์ประกอบนั้น จะมีความเป็นมิตรกับทุกคนด้วยเช่นกัน และจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลที่ทำงานในระดับปฐมภูมิมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลสุขภาพของคนทุกช่วงวัย และผู้สูงอายุเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ในชุมชน รวมทั้งเป็นเป้าหมายสำคัญของมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ ดังนั้น พยาบาลจึงควรเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วย

คุณสมบัติของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุนั้น เป็นการทำงานกับชุมชนเป็นหลัก พยาบาลจึงควรมีคุณลักษณะที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถแสดงบทบาทในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ โดยคุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพนั้น นอกจากจะต้องมีความรู้ในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยแล้ว ควรมีคุณสมบัติดังนี้ (นภัสชล ฐานะสิทธิ์, อรวรรณ ลิขิตพรสวรรค์, และประภาวดี ตั้งคุณาพันธุ์, 2561)

1. เป็นผู้ตระหนักถึงคุณค่าของความสูงอายุ เพื่อดำรงความมีศักดิ์ศรีและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ

2. เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุ

3. ศึกษาหาความรู้และติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการทั้งด้านที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ จริยธรรม กฎหมาย และด้านอื่น ๆ

4. เป็นผู้ตระหนักถึงความสำคัญของจรรยาบรรณวิชาชีพและรับผิดชอบต่อข้อบัญญัติในจรรยาบรรณ เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

5. เป็นผู้มีทักษะและความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารทางบวกกับผู้สูงอายุ

6. เป็นผู้มีทักษะการสังเกตที่ดี ไวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

7. เป็นผู้มีทักษะการเป็นผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังในรูปแบบการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เพื่อให้สามารถจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล โดยเน้นการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ตามแนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การจัดการรายกรณีที่ดี (ปัฐยาวัชร ปรากฎผล, 2560)

สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังในที่นี้ ระบุเพียงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อให้สอดคล้องกับหลักสูตรการอบรมเฉพาะทางของสภาการพยาบาล เนื่องจากโรคดังกล่าวมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด และมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม หากพยาบาลมีทักษะการเป็นผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จะสามารถนำองค์ความรู้ที่มีมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ด้วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ข้อเข่าเสื่อม สมองเสื่อม

8. เป็นผู้มีคุณลักษณะของพยาบาลที่ช่วยให้หายจากความเจ็บป่วย (nurse healers) ในที่นี้หมายถึง การหายจากความเจ็บป่วยที่เรียกว่า ศิลป์ที่ช่วยให้หายจากความเจ็บป่วย (healing art) ช่วยให้รู้สึกปลอดภัย อบอุ่นใจ เน้นด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ช่วยสนับสนุนการดูแลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นส่วนที่เทคโนโลยีทำไม่ได้ โดยมีคุณลักษณะดังนี้ (Eliopoulos, 2014)

8.1 อยู่กับปัจจุบัน (presence) เป็นความสามารถที่อยู่กับปัจจุบัน ถึงแม้ว่างานจะยุ่งมากเพียงใดก็ตาม เมื่ออยู่กับผู้ป่วยต้องรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ใส่ใจ ได้ยินเสียงของผู้ป่วยไม่ว่าเขาจะพูดหรือไม่ก็ตาม และใช้ความรู้สึกตรวจสอบความต้องการของผู้ป่วยได้ รวมทั้งรู้ว่าควรจะสื่อสารอย่างไรจึงจะมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ

8.2 มีความพร้อมทำงาน (availability) แสดงออกถึงความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณในการมีเวลารับฟังผู้ป่วยอย่างเปิดใจ สนใจ และอย่าคิดว่าไม่ใช่งานของตน แสดงออกให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย และมีคำแนะนำเพื่อการติดตามให้ความช่วยเหลือได้

8.3 มีสายสัมพันธ์ที่ดี (connections) สร้างสายสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย สามารถเข้าถึงจิตใจผู้ป่วยได้ โดยพยาบาลต้องเปิดใจ ให้ความเคารพ ยอมรับ และไม่ตัดสินผู้ป่วย รวมทั้งมีการเรียนรู้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน

8.4 ใช้รูปแบบองค์รวม (models of holism) มีการใช้รูปแบบองค์รวม ซึ่งเริ่มต้นจากการฝึกดูแลตนเองให้ครบองค์รวม ไม่ใช่เพียงแค่การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ และติดตามการดูแลสุขภาพให้ดีเท่านั้น แต่ยังต้องเอาใจใส่ด้านอารมณ์และด้านจิตวิญญาณให้ดีอีกด้วย โดยต้องมีการบูรณาการความต้องการด้านต่างๆ การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สามารถดูแลผู้อื่นได้

สรุปได้ว่า คุณสมบัติของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพนั้น มิใช่มีความรู้เพียงแค่ดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ควรเริ่มต้นด้วยการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ มีทักษะในการฟัง การสังเกต การสื่อสารทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา สามารถตรวจสอบปัญหาและความต้องการได้อย่างถูกต้อง มีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

บทบาทของพยาบาลในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ในปี ค.ศ. 2010 องค์การอนามัยโลกได้ก่อตั้งเครือข่ายเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Global Network for Age-friendly Cities and Communities) ต่อมาได้มีการรวบรวมกรณีศึกษาการดำเนินงานเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจาก 11 ประเทศ เผยแพร่ในเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก สรุปได้ว่า การดำเนินงานเน้นองค์ประกอบของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแตกต่างกันไป โดยเริ่มจากการเน้น 1 ถึง 4 ด้าน จากนั้นจึงมีการขยายไปยังองค์ประกอบอื่นๆ เช่น ประเทศญี่ปุ่นมีโครงการบริการรถประจำทางหนึ่งเหรียญ (one-coin bus service) ชมรมเพื่อนต่างวัยเมืองอะคิตะ (the club of friendship between generation in Akita) จากนั้นจึงเน้นความสำคัญที่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและอายุยืน บูรณาการระบบการดูแลในชุมชนโดยชุมชน สร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ส่วนประเทศฮ่องกง เริ่มจากการศึกษาและการยอมรับในสังคมของผู้สูงอายุ การพัฒนาบ้าน สิ่งอำนวยความสะดวกและโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาพ ความสำเร็จของการดำเนินงานของประเทศต่างๆ นั้น เกิดจากการที่รัฐให้การสนับสนุนและ

การมีส่วนร่วมของชุมชน (WHO, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของธีระ สินเดชารักษ์, ศุทธิดา ชวนวัน, และคมกฤช ธาราวิวัฒน์ (2556) ที่พบว่า รัฐบาลจีนให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุและการจัดบริการเพื่อเตรียมรับมือกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกปี เช่น การสะสมเงินบำนาญชราภาพ บ้านผู้สูงอายุ สวนสาธารณะ กิจกรรมการออกกำลังกาย และมีต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นศูนย์บริการกลางวัน ส่งผู้สูงอายุมาให้ดูแลในตอนเช้าและกลับบ้านในตอนเย็น

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง (2556) ศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน ขาดการฟื้นฟูสภาพและการป้องกัน ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในสภาวะไร้อำนาจ มีปัญหาสุขภาพ ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านขาดความต่อเนื่อง จึงมีข้อเสนอแนะสำหรับกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลและควบคุมคุณภาพทั่วประเทศ และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการสุขภาพและในชุมชน เช่นเดียวกับที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2556) ศึกษาพบว่า ความพร้อมและความต้องการต่อการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ เรื่องการบริการสุขภาพที่บ้าน ช่องทางด่วนในสถานบริการสุขภาพ หน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพ การฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ รถรับส่งไปสถานบริการ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแล การจัดส่งอาหารให้ที่บ้าน ระบบอาสาสมัครช่วยดูแลที่บ้าน ศูนย์บริการดูแลกลางวันและการดูแลทดแทนในชุมชน การสนับสนุนการปรับปรุงบ้าน และการช่วยงานบ้าน มีข้อเสนอแนะว่า รัฐบาลต้องดำเนินการจัดบริการและสวัสดิการอย่างเร่งด่วนเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยต้องเน้นความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพิจารณาระเบียบการเงินการคลังให้เอื้อต่อการบริการ เพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในชุมชน นอกจากนี้ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เอกจิตรา คำมีศรีสุข, ณัฏฐพัชร สโรบล, และธนิกานต์ ศักดาพร (2558) ยังศึกษาพบว่า สัมฤทธิผลของการดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลนครนนทบุรี ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดตั้งศูนย์ฯ และการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในเขตเมืองเปิดบริการอย่างเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ. 2556 ผ่านเกณฑ์การประเมินในเรื่องอารมณ์ สังคม สุขภาพร่างกาย ด้านปัญญา ด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในบริการที่ได้รับทุกด้าน โดยมีผลกระทบที่สำคัญ คือ การเป็นศูนย์ต้นแบบด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และศูนย์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับชาติ มีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ และจิตอาสาผู้นำกิจกรรม

จะเห็นได้ว่า ปัญหาและข้อเสนอแนะจากการศึกษาที่ผ่านมามีความสอดคล้องกับองค์ประกอบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอันมีเป้าหมายสำคัญ คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ช่วยส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้ ความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการสนับสนุนจากภาครัฐและความร่วมมือกันระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน ดังนั้น พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงควรทราบบทบาทของตนเองในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 7 บทบาท ดังนี้ (Ansari, 2018; Arkansas State University, 2017; “Role and work of a professional nurse,” 2019)

1. ผู้ดูแลแบบองค์รวม (a holistic caregiver) การดูแลผู้สูงอายุต้องให้ครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ใส่ใจในวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา เพศ ให้ความเคารพ และมีความเข้าใจในพื้นฐานที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุแต่ละคน มีการป้องกันความเสี่ยงทางสุขภาพ ป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยเพิ่มเติมหรือมีภาวะแทรกซ้อน ตระหนักอยู่เสมอว่าบุคคลมีความเป็นองค์รวม มิได้แยกส่วนกัน การเจ็บป่วยแต่ละด้านจะส่งผลถึงกันได้

2. ผู้ตัดสินใจ (a decision maker) ในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือมีความจำเป็น พยาบาลต้องมีบทบาทเป็นผู้ตัดสินใจเพื่อเลือกแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ การมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณจะช่วยทำให้ตัดสินใจในการประเมิน ค้นพบปัญหา วางแผนการดูแล ปฏิบัติ และประเมินผลได้อย่างถูกต้อง เช่น เมื่อพบผู้สูงอายุหมดสติ ต้องตัดสินใจได้ทันทีว่าควรปฏิบัติอย่างไร

3. ผู้เชี่ยวชาญ (an expert) ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพหลายอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน โรคหัวใจ โรคไต ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ พยาบาลจึงควรเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเฉพาะด้านที่สามารถแก้ไขปัญหาได้เหมาะสม ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้เข้าใจถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น ความเจ็บป่วย

การใช้ยา การรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. เพื่อนที่มีความรับผิดชอบ (a responsible friend) บางครั้งพยาบาลต้องแสดงบทบาทเหมือนเพื่อนที่จะช่วยให้กำลังใจ ช่วยสนับสนุนและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

5. ผู้ให้คำปรึกษาแผนการดูแล (a care plan counselor) พยาบาลต้องมีความเข้าใจในสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถแสดงบทบาทผู้ให้คำปรึกษาได้ โดยต้องสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพในการอธิบายให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เข้าใจถึงข้อดี ข้อเสีย และข้อจำกัดของทางเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยหากผู้สูงอายุยังรู้สึกตัวดี ผู้สูงอายุต้องเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ

6. ทีมผู้ปฏิบัติงาน (a team player) พยาบาลเป็นทีมผู้ปฏิบัติงานที่ต้องมีการเตรียมข้อมูลต่าง ๆ ในการประสานงานกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งประสานงานกับวิชาชีพหรือองค์กรอื่น ๆ ให้เอื้ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

7. ผู้วิจัย (a researcher) พยาบาลต้องเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ทางทฤษฎีผ่านกระบวนการวิจัย เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งคิดค้นนวัตกรรมหรือนำนวัตกรรมมาใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคน

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อาจมีการใช้คำที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดจะพบว่ามีความสัมพันธ์กัน โดยการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของพยาบาลนั้น มีตัวอย่างที่ระบุถึงบทบาทของพยาบาลในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ (Walker, 2018)

1. พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร พยาบาลควรมีบทบาทในการสนับสนุนให้สถานที่สาธารณะมีความสะดวกสบายตามบริบทของแต่ละชุมชน ช่วยในการพัฒนาการออกแบบอุปกรณ์สาธารณะที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และร่วมดำเนินการขอให้มีห้องน้ำสาธารณะที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย สะดวกสบายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น เป็นโถส้วมแบบนั่งเก้าอี้ มีราวจับ พื้นทำด้วยวัสดุที่ไม่ลื่น รวมทั้งมีห้องน้ำที่กว้างพอสำหรับผู้พิการด้วย

2. การคมนาคมขนส่งและการสัญจร พยาบาลมีบทบาทในการร่วมดูแลและวางแผนระบบการจัดการขนส่งที่เกี่ยวกับสุขภาพ จัดการให้มีข้อมูลว่าชุมชนมีความพร้อมเพียงใดในการขนส่งและสัญจร เพื่อจะได้มีบทบาทในการวางแผนและพัฒนาให้ร่วมมือในการจัดการและสร้างระบบการขนส่งฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพได้

3. ที่อยู่อาศัย พยาบาลมีบทบาทในการจัดให้มีอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นในบ้าน เพื่อลดอัตราการกลับมานอนในโรงพยาบาลซ้ำ ตรวจเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจสอบบ้านและสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ประสานงานเพื่อให้เกิดการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพราะการที่ผู้สูงอายุสามารถอยู่ที่บ้านได้ถือว่าดีที่สุด หากมีความจำเป็นจึงจะต้องไปอยู่ที่อื่น เช่น โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยเอกชน

4. การมีส่วนร่วมทางสังคม พยาบาลมีบทบาทในการช่วยสร้างโปรแกรมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านสติปัญญา ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งสุขภาพดีให้นานที่สุด ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สมองเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น นอกจากนี้ พยาบาลควรมีบทบาทในการเป็นอาสาสมัครเพื่อเฝ้าระวังและติดตามผู้สูงอายุ บทบาทในการส่งเสริมทักษะชีวิตให้แก่คนหนุ่มสาวที่อยู่บ้านร่วมกับผู้สูงอายุ

5. การเคารพและการยอมรับในสังคม พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้แก่ครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้คนในครอบครัวเข้าใจ ให้ความเคารพและยอมรับผู้สูงอายุมากขึ้น โดยต้องส่งเสริมให้มองผู้สูงอายุทางบวก ให้มีความตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ พระคุณของผู้สูงอายุที่มีต่อลูกหลาน พยาบาลต้องมีบทบาทในการพูดคุยกับผู้สูงอายุโดยตรง ไม่ใช่การพูดคุยผ่านผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่มาประกอบอาชีพก็ตาม รวมทั้งมีบทบาทในการสนับสนุนให้มีการยอมรับผู้สูงอายุ แสดงบทบาทในการสอนเรื่องการแสดงความเห็นอกเห็นใจ และสำหรับในยุคสังคมออนไลน์ พยาบาลควรมีบทบาทในการพูดคุยเกี่ยวกับการใช้สื่อออนไลน์อย่างปลอดภัย มิเช่นนั้น ผู้สูงอายุจะตกเป็นเหยื่อของมิจฉาชีพออนไลน์ หรือโฆษณาชวนเชื่อที่เกินความเป็นจริงได้

6. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ ที่จะให้ผู้สูงอายุเข้าทำงานหรือเป็นจิตอาสา ผู้สูงอายุแต่ละคนมีศักยภาพที่แตกต่างกันไป พยาบาลจึงมีบทบาทในการค้นหาและช่วยดึงศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละคนมาใช้ในการทำงานให้เหมาะกับความสามารถ ไม่ว่าจะเป็นการทำงานที่ได้ค่าตอบแทนเป็นเงินหรือค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ

7. การสื่อสารและการให้ข้อมูล พยาบาลมีบทบาทในการร่วม

การพัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุ โดยการประชาสัมพันธ์ข้อมูลและมีการสื่อสารที่ชัดเจน เชื่อถือได้ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งพยาบาลควรไปพบและพูดคุยกับผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายจิตใจ

8. การสนับสนุนของชุมชนและการให้บริการด้านสุขภาพ พยาบาลมีบทบาทในการติดตามและดูแลผู้ช่วยผู้ดูแลที่บ้านเพื่อให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาสาสมัครเป็นผู้ประสานงานทั้งกับหน่วยงานต่าง ๆ และทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนบำบัด ประสานงานกับจิตอาสาทั้งภายในและภายนอกชุมชนให้มีความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่จะให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ บทบาทอีกประการหนึ่ง คือ ต้องทำให้ตนเองมีความรู้เกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อจะได้วางแผนการให้บริการได้เหมาะสมกับสภาพที่มี และวางแผนในการพัฒนาปรับปรุงการให้บริการด้านสุขภาพโดยมีการสนับสนุนของชุมชน นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องมีบทบาทในการพูดคุยกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัญหาทางเพศ ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้ในผู้สูงอายุ

บทบาทของพยาบาลในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุนั้น จะช่วยส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมาย ตามมาตรการระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ ได้แก่ การดูแลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพ ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลทางสุขภาพและทางสังคม ซึ่งเป็นความรับผิดชอบหลักโดยตรงของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งยังช่วยสนับสนุนให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อันเป็นผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น

สรุป

ผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ การเตรียมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด จึงมีความจำเป็น โดยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ ซึ่งเป็นการบูรณาการความร่วมมือจาก 6 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม โดยมีเป้าหมายร่วม คือ ผู้สูงอายุเป็นพฤฒิพลังร่วมขับเคลื่อนการพัฒนา ซึ่งแนวคิดพฤฒิพลังเป็นพื้นฐานของแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยมีกลไกในการขับเคลื่อนมาตรการ และติดตามประเมินทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ ซึ่งกลไกในระดับพื้นที่นั้น พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดำเนินการขับเคลื่อนมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้บรรลุตามตัวชี้วัดและเป้าหมายของมาตรการย่อย ทั้งที่เป็นความรับผิดชอบหลักของกระทรวงสาธารณสุขและความรับผิดชอบร่วมกับกระทรวงอื่น ๆ ดังนั้น การที่พยาบาลมีบทบาทในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จึงเป็นบทบาทที่มีความสำคัญและเหมาะสมกับสังคมสูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1539325686-137_0.pdf

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). *เอกสารประกอบการสัมภาษณ์อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

ธีระ สินเดชารักษ์, ศุทธิดา ชวนวัน, และคมกฤช ธาราวิวัฒน์. (2556). *ผู้สูงอายุในสังคมจีน: การจัดสวัสดิการ ต้นแบบการดูแลและกิจกรรมทางสังคม* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นภัสชล ฐานะสิทธิ์, อรวรรณ ลิขิตพรสวรรค์, และประภาวดี ตั้งคุณาพันธุ์. (2561). การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. ใน เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, พรทิพย์ ควรคิด, สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, ภรเอก มนัสวานิช, ไอศวรรย์ เพชรล่อเหลียน, และไพโรจน์ ฉัตรานุกูลชัย (บ.ก.), *ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงวัย* (น. 979-996). กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977).

ปัฐยาวัชร ปรากฏผล. (2560). พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28*(1), 112-121.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1573033396-261_0.pdf

วรวรรณ พลิคามิน, ณัฐสุชน อินทราวุธ, พิมพ์ชนก บุนนาค, และวรวิช ลิ้มมณีวิจิตร. (2558). การจัดระบบการดูแลและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย. *วารสารเศรษฐกิจและสังคม, 52*(3), 17-25.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เอกจิตรา คำมีศรีสุข, ณัฏฐพัชร สโรบล, และธนิกานต์ ศักดาพร. (2558). *การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี การประเมินผลสัมฤทธิผลศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2558). ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนากับสังคมผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย. *วารสารสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชั้นสูง, 1*(1), 80-91.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ, นิติกุล ทองน่วม, อรวรรณ์ คูหา, พงางาม พงศ์จตุรวิทย์, และนฤมล ทองมีสิทธิ์. (2556). *การศึกษาความพร้อมและความต้องการในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

Ansari, M. A. (2018). Role of nursing in community health. *Journal of Nursing Research and Practice, 2*(1), 8.

Arkansas State University. (2017). *The role of a professional nurse today.* Retrieved from https://degree.astate.edu/articles/nursing/role-of-professional-nurse-today.aspx

Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Geller, L. (2015). *Age-friendly communities*. Retrieved from https://www.canadian-nurse.com/en/articles/issues/2015/january-2015/age-friendly-communities

Handler, S. (2014). *An alternative age-friendly handbook*. Retrieved from https://www.architecture.com/-/media/GatherContent/Age-Friendly-Handbook/Additional-Documents/AlternativeAgefriendlyHandbook2014pdf.pdf

Role and work of a professional nurse in healthcare and in community. (2019). Retrieved from https://www.careercliff.com/role-work-of-professional-nurse-healthcare-community/

United Nations. (2019). *World population ageing 2019*: *Ten key messages*. Retrieved from https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-10KeyMessages.pdf

Walker, A. (2018). *How nurses can help create age-friendly communities*. Retrieved from https://campaignforaction.org/nurses-can-help-create-age-friendly-communities/

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework.* Retrieved from https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/

World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. Retrieved from https://www.who.int/ageing/publications/age_friendly_cities_guide/en/

World Health Organization. (2019). *Developing age-friendly cities and communities: Case studies from around the world.* Retrieved from https://extranet.who.int/agefriendlyworld/resources/age-friendly-case-studies/

เครือข่ายสังคมออนไลน์และโมบายแอปพลิเคชันกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Social Network and Mobile Application in Stroke Prevention

ขวัญชนก เทพปัน, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) [1]
Kwunchanok Theppan, M.Sc. (Public Health) [1]
ปัทมา สุพรรณกุล, ปร.ด. (ประชากรศึกษา) [2]
Pattama Suphunnakul, Ph.D. (Demography) [2]

Received: March 26, 2020 Revised: April 24, 2020 Accepted: May 31, 2020

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในปัจจุบัน เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตและการเกิดความพิการในประชากรทั่วโลก โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยเร็วจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดความพิการถาวรได้ ในปัจจุบัน การสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือสามารถนำมาปรับใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพด้านการติดต่อสื่อสาร ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพได้สะดวก ช่วยลดความแออัดและระยะเวลาการรอคอยการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล รวมถึงการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินเป็นไปอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ เครือข่ายสังคมออนไลน์ยังเป็นช่องทางในการสนับสนุนให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า เครือข่ายสังคมออนไลน์และโมบายแอปพลิเคชันเป็นช่องทางและเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายสังคมออนไลน์ โมบายแอปพลิเคชัน

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[1] Doctoral Collegian, Program in Public Health, Faculty of Public Health, Naresuan University
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kwunchanokt33@gmail.com
[2] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[2] Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

Abstract

Stroke is one of the chronic non-communicable diseases that is currently a major public health problem as it is the leading cause of death and disability among people around the world. It is known that stroke can be prevented by avoiding risk factors which are caused by inappropriate health behaviors. Receiving early treatment can reduce mortality and permanent disability among these patients. Communications via internet networking and mobile application nowadays can be applied for stroke prevention by helping to increase effective communication, easy accessing to health information and healthcare services, reducing congestion and waiting period for hospitalization, including providing healthcare assistant to patients in an emergency. In addition, social network can be a channel to support people for appropriate health behavior change. Therefore, it can be said that social network and mobile application are a channel and tool for stroke prevention more effectively.

Keywords: Stroke, Social network, Mobile application

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease [CVD] or stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและการเกิดความพิการอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2016 พบว่ามีผู้ป่วยมากถึง 17 ล้านคน (Thrift et al., 2017) ในจำนวนนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่งต้องกลายเป็นผู้พิการ โดยองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization [WSO]) ได้จัดให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของความพิการโดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ หรือประเทศ และได้คาดการณ์ว่าประชากร 1 คน ใน 6 คน จะมีโอกาสป่วยด้วยโรคนี้ (WSO, 2018) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกขณะ จากข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2555-2559 แสดงแนวโน้มที่สูงขึ้นของอัตราการเสียชีวิต (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ผู้ป่วยร้อยละ 20 มักเสียชีวิต แต่หากรอดชีวิต ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นผู้พิการมากถึงร้อยละ 35 โดยผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองสะสมมากถึง 40,131 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 67,168 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 59.75 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2555) สำหรับการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง อาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาวะเศรษฐกิจทั้งของตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตาม โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการไม่สามารถควบคุมโรคประจำตัวได้ โดยเฉพาะกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และภาวะไขมันในเลือดสูง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2556) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับรู้ถึงภาวะเสี่ยง ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย รวมถึงการเฝ้าระวังตนเอง หากมีอาการเตือน ต้องเข้ารับการรักษาโดยด่วน ดังนั้น การสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ดังกล่าว ร่วมกับการหาแนวทางในการสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในปัจจุบัน เทคโนโลยีด้านการสื่อสารได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ที่ทำให้การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลสามารถทำบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ทุกที่ ทุกเวลา ประชาชนสามารถเชื่อมต่อกันอย่างไร้พรมแดน ถือเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสามารถเชื่อมโยงความร่วมมือจากหลายฝ่ายบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ ทั้งกลุ่มเสี่ยง ชุมชน บุคลากร และหน่วยงานที่ให้บริการ ในการร่วมกันสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Jones, Lekhak, & Kaewluang, 2014) ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและได้รับบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว ลดความแออัดและระยะเวลา

การรอคอย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเครือข่ายสังคมออนไลน์และโมบายแอปพลิเคชันกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีสาระเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายสังคมออนไลน์ และโมบายแอปพลิเคชัน เพื่อสะท้อนประโยชน์ของเครือข่ายสังคมออนไลน์และโมบายแอปพลิเคชันที่สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยมีโอกาสสูงที่จะเสียชีวิต หรือหากรอดชีวิตก็อาจกลายเป็นผู้พิการได้ ในปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามสาเหตุการเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง คือ ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 70-80 และภาวะเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) หรือเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) จากการปริแตกของหลอดเลือดที่โป่งพอง (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2555) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งการเข้ารับการรักษาที่รวดเร็วจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดความรุนแรงของการเกิดความพิการได้

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถพบอาการได้หลากหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ความรุนแรง และระยะเวลาที่สมองขาดเลือดหรือได้รับความเสียหาย โดยอาการที่พบบ่อยมีดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2556)

1. อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก โดยเป็นเฉพาะซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย เช่น ใบหน้าเบี้ยว แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงพร้อมกัน

2. ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด โดยมักเป็นข้างเดียวกับข้างที่ร่างกายอ่อนแรง

3. การพูดและการสื่อสารผิดปกติ พูดไม่ออก พูดแล้วฟังไม่รู้เรื่องแม้จะเป็นประโยคง่าย ๆ การออกเสียงผิดปกติเนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณปากและลิ้นอ่อนแรง

4. เวียนศีรษะบ้านหมุน มีปัญหาด้านการทรงตัว เดินเซ บางคนอาจมีอาการปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน อาจถึงขั้นหมดสติและเสียชีวิตได้

โรคหลอดเลือดสมองมักมีอาการแสดงข้างต้นในรูปแบบของสัญญาณเตือน โดยจะเริ่มเป็นเมื่อสมองเริ่มได้รับผลกระทบจากความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญ เนื่องจากพบว่าในระยะนี้ หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วภายในเวลา 4 ชั่วโมง จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดความรุนแรงของการเกิดความพิการได้ ในปัจจุบันใช้ตัวอักษรย่อ FAST เพื่อสื่อความหมายให้ประชาชนเข้าใจง่ายในการเฝ้าระวัง โดยมีความหมายดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2556)

F = Face คือ อาการใบหน้าเบี้ยว มุมปากข้างใดข้างหนึ่งตก

A = Arms คือ อาการแขนอ่อนแรง ยกแขนไม่ขึ้น

S = Speech คือ อาการผิดปกติด้านการพูด การออกเสียงพูดแล้วฟังไม่รู้เรื่อง

T = Time คือ เวลา หากมีอาการข้างต้นแม้เพียงอาการเดียว จะต้องรีบไปโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด เพราะหากได้รับการรักษาเร็วเท่าใดก็จะสามารถช่วยรักษาชีวิตและป้องกันความพิการถาวรได้มากเท่านั้น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560ก)

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และพันธุกรรม โดยพบว่า เมื่ออายุยิ่งมากขึ้นจะยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้นตามไปด้วย และพบอุบัติการณ์ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เชื้อชาติผิวสีมากกว่าผิวขาว ส่วนปัจจัยทางพันธุกรรมนั้นพบว่า ผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มักมีความเสี่ยงมากกว่าคนทั่วไป

2. ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ภาวะอ้วน การมีความเครียดสะสมเรื้อรัง รวมถึงการมีพฤติกรรมไม่ใส่ใจดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และภาวะไขมันในเลือดสูง ทั้งนี้พบว่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะทำให้โอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวเมื่อเทียบกับคนทั่วไป เช่น ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3.55 เท่า ในขณะที่ผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2.37 เท่า และผู้ที่มีภาวะอ้วนจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.02 เท่า และยิ่งหากเป็นหลายโรคหรือมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างร่วมกัน โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเป็นเท่าทวีคูณ

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง มิได้มีเพียงแต่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย หากผู้ป่วยรอดชีวิต ส่วนใหญ่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยมักสูญเสียความภาคภูมิใจ รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต อยู่ในภาวะกดดัน เกิดความเครียด วิตกกังวล และอาจแปรสภาพเป็นความก้าวร้าว มีปฏิกิริยาต่อต้านและแยกตัวจากสังคม บางคนอาจมีภาวะซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต จนถึงการคิดฆ่าตัวตาย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2. ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คนในครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแล ทำให้ไม่สามารถไปทำงานอื่น ขาดรายได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีฐานะเป็นผู้นำของครอบครัวหรือสังคม ก็จะทำให้ขาดที่พึ่งหรือเสาหลัก สูญเสียทรัพยากรมนุษย์ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาองค์กรและประเทศชาติ (บวรลักษณ์ ทองทวี, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงค์, 2561)

3. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหนึ่งราย จะมีภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อมในการรักษาพยาบาล ประมาณ 162,664.97 บาทต่อปี และคาดการณ์ว่า หากมีคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 500,000 คนต่อปี จะมีภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลรัฐทั้งสิ้นประมาณ 20,632 ล้านบาท (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555) ซึ่งยังไม่รวมค่ารักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ค่าเสียโอกาสของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในกรณีที่ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยตลอดจนหน่วยงาน บริษัท หรือองค์กร ที่สูญเสียกำลังผลักดันด้านเศรษฐกิจ

แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้ด้วยการลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ซึ่งสามารถทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ดังนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560ข)

1. เลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณพอดี หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง ลดอาหารหวานและเค็ม

2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละ 30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์

3. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม โดยให้ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-25 กก./ม.^{2}

4. หยุดสูบบุหรี่ และงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5. มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ผ่อนคลายจิตใจ

6. ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และภาวะไขมันในเลือดสูง ควรดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์ รับประทานยาและไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพควรมีส่วนร่วมในป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้แก่กลุ่มเสี่ยง โดยบุคลากรและหน่วยงานทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญในการป้องกันโรค รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน และการเฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนต่าง ๆ รวมทั้งจัดระบบบริการสุขภาพเชิงรุก โดยการคัดกรองโรค การเฝ้าประเมินและติดตามกลุ่มเสี่ยง การจัดระบบบริการที่รองรับหรือส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว

เครือข่ายสังคมออนไลน์

เครือข่ายสังคมออนไลน์ (social network) เป็นรูปแบบของสังคมจำลองที่การสื่อสารทำได้อย่างไร้ขีดจำกัดของพื้นที่ ระยะทาง และระยะเวลา การติดต่อสื่อสารดังกล่าวเกิดขึ้นบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมโยงกลุ่มประชากรเข้าด้วยกัน จึงเป็นสังคมที่ประชากรสามารถติดต่อสื่อสารกันได้อย่างไร้พรมแดน แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารได้จำนวนมากและรวดเร็วแม้กลุ่มประชากรจะมีขนาดใหญ่เพียงใดก็ตาม ซึ่งในปัจจุบัน เครือข่ายสังคมออนไลน์ได้ขยายตัวเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้สามารถจำแนกเครือข่ายสังคมออนไลน์ตามบทบาทและวัตถุประสงค์ของการใช้งานได้ดังนี้ (ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และศุทธิดา ชวนวัน, 2558)

1. เพื่อเป็นช่องทางในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีการสร้างข้อมูลส่วนตัวของผู้ใช้ และมีการสื่อสารโต้ตอบ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ระหว่างกัน เช่น Facebook, Instagram, Twitter, My space

2. เพื่อการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ ความเชี่ยวชาญในเว็บบล็อกต่าง ๆ ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนตัวของผู้ใช้บริการ ที่มีเครื่องมือต่าง ๆ ให้เลือกใช้ในการปรับแต่งรูปลักษณ์ให้น่าสนใจ ใช้สำหรับเป็นพื้นที่ในการเขียนประวัติ ไดอารี่ เก็บอัลบั้มรูปภาพ คลิปวิดีโอ ซึ่งสามารถโพสท์หรือบอกเล่าเรื่องราวต่าง ๆ และเชื่อมต่อเครือข่ายสังคมออนไลน์ได้

3. เพื่อการเผยแพร่ข้อมูลสั้น ๆ เช่น Twitter ซึ่งความเคลื่อนไหวจะเป็นกิจกรรมการส่งข้อความสั้น ๆ ที่บ่งบอกสถานะกับเครือข่ายว่าตนเองกำลังทำอะไร พบอะไร มีการส่งต่อรูปภาพ โดยในเครือข่ายประกอบด้วยผู้ติดตามและผู้ถูกติดตาม ขึ้นอยู่กับสิ่งที่สนใจ

4. เพื่อการเพิ่มเติมข้อมูลความรู้ต่าง ๆ เช่น เว็บวิกิพีเดีย เว็บพันทิป ที่ใช้พื้นที่สำหรับเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งอาจเป็นความรู้หรือประสบการณ์ที่เครือข่ายผู้ใช้สามารถมีส่วนร่วมในการเข้าไปเพิ่มเติมหรือแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ บนฐานข้อมูลนั้น ๆ

5. เพื่อการเผยแพร่เนื้อหาเฉพาะ เป็นการเผยแพร่เฉพาะภาพ เสียง หรือวิดีโอ เช่น YouTube, Flickr

นอกจากนี้ เครือข่ายสังคมออนไลน์ยังมีศักยภาพในการสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นในสังคมจริงได้ในหลายกรณี เนื่องจากมีลักษณะสำคัญของการเชื่อมโยงและสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในเครือข่าย ซึ่งบางเครือข่ายมีสมาชิกจำนวนมาก จึงส่งผลให้เกิดแรงขับเคลื่อนสู่การเปลี่ยนแปลงในสังคมจริง บ่อยครั้งที่เครือข่ายสังคมออนไลน์ถูกนำมาใช้ในการช่วยแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่เป็นปัญหาเร่งด่วน ซึ่งผู้ที่ต้องการได้รับและผู้ที่ต้องการให้ความช่วยเหลือสามารถติดต่อสื่อสารกันได้อย่างรวดเร็ว เพียงการแท็กหรือการเผยแพร่ข้อมูลต่อ ๆ กัน ก็จะทำให้สามารถกระจายข้อมูลจำนวนมากไปยังประชาชนจำนวนมากได้ในเวลาอันสั้นและใช้ทรัพยากรน้อย

สำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้น จำเป็นต้องเน้นและให้ความสำคัญกับการสร้างการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีรายงานการศึกษาหลายชิ้นที่สนับสนุนว่าเครือข่ายสังคมออนไลน์มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จริง ตัวอย่างเช่น กลุ่มเครือข่ายเลิกสูบบุหรี่ เป็นกลุ่มประชากรที่รวมตัวกันในสังคมออนไลน์ เป็นเครือข่ายที่มีการแลกเปลี่ยนวิธีการ ข้อมูลข่าวสาร และกระตุ้นเตือน ตลอดจนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถปรับค่านิยมโดยสร้างต้นแบบ ตลอดจนบรรทัดฐานพฤติกรรม และการสนับสนุนในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ที่ชี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (Latkin & Knowlton, 2015) นอกจากนี้ การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ยังมีประโยชน์อย่างยิ่งในการเป็นพื้นที่และช่องทางเพื่อให้เข้าถึงประชาชน โดยบุคลากรทางสุขภาพและประชาชนสามารถเข้ามาทำความรู้จัก แสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นเครือข่ายที่รวบรวมกลุ่มสมาชิกที่มีความรู้ ความสนใจในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ พลังของเครือข่ายสามารถผลักดันให้เกิดกระแสการดูแลสุขภาพ หรือการสนับสนุนทางทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

โมบายแอปพลิเคชัน

โมบายแอปพลิเคชัน (mobile application) คือ โปรแกรมซอฟท์แวร์ที่ถูกพัฒนาต่อยอดขึ้นเพื่อให้ใช้งานบนอุปกรณ์สื่อสารแบบพกพาได้ เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต หรือแม้กระทั่งคอมพิวเตอร์แบบพกพา ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ มีระบบปฏิบัติการและรูปแบบที่สะดวกและง่ายต่อการใช้งาน สามารถปรับแต่งให้รองรับรูปแบบการสื่อสาร งานมัลติมีเดีย การท่องเที่ยว สุขภาพ และอื่น ๆ ตามแต่การเพิ่มประโยชน์ในการใช้สอย (สุชาดา พลาชัยภิรมย์ศิล, 2554) ทำให้กระแสความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตและผู้ใช้งานมือถือทั่วโลก 3.70 พันล้านคน (Jones et al., 2014) ส่วนข้อมูลในประเทศไทย พบว่า ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป มีและใช้โทรศัพท์มือถือ 51.10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 81.40 ของประชากร โดยการใช้งานเป็นการสื่อสารแบบสังคมออนไลน์หรือโซเชียลเน็ตเวิร์กมากถึงร้อยละ 91.50 และโมบายแอปพลิเคชันได้รับความนิยมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 76.50 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

จากสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาและความก้าวล้ำของเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร อีกทั้งการแข่งขันด้านการตลาดและราคาที่ถูกลง เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายขึ้น จึงเกิดเป็นกระแสความนิยมและพฤติกรรมการสื่อสารที่เปลี่ยนแปลงไป โมบายแอปพลิเคชันจึงเป็นเครื่องมืออันทรงพลังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยในปัจจุบันพบว่า หลายประเทศได้พัฒนาโมบายแอปพลิเคชัน เช่น สหรัฐอเมริกา มีแอปพลิเคชันชื่อ Spot a Stroke พัฒนาโดยสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา ส่วนประเทศสก็อตแลนด์ มีแอปพลิเคชันชื่อ FAST พัฒนาโดยสมาคมโรคหัวใจและทรวงอก สำหรับประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศมาเลเซีย มีแอปพลิเคชันชื่อ Stroke Riskometer โดยโมบายแอปพลิเคชันเหล่านี้ล้วนมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน คือ สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจากโปรแกรมการประเมินความเสี่ยง ให้ข้อมูลข่าวสารแบบเฉพาะกลุ่ม และมีความสามารถในการโทรออกแบบสายด่วนถึงหน่วยที่เกี่ยวข้องโดยตรง อีกทั้งมีการระบุที่อยู่ของผู้ใช้เพื่อการค้นหาผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น จากรายงานการศึกษาพบว่า บางแอปพลิเคชัน เช่น Stroke Riskometer มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Krishnamurthi et al., 2019) ผ่านการสร้างความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ นอกจากนี้ยังเป็นช่องทางที่อำนวยความสะดวกและเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ ระหว่างอาสาสมัครกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สำหรับประเทศไทย ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้ให้การสนับสนุนและร่วมมือกับหลายหน่วยงานเพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ตัวอย่างเช่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ผลิตแอปพลิเคชันชื่อ Fast Track (Stroke KKU) ที่มีโปรแกรมการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง สามารถระบุระดับความเสี่ยง ให้ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ตลอดจนมีการบ่งบอกตำแหน่งเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน เช่นเดียวกับแอปพลิเคชันการช่วยชีวิตของ Thai EMS ที่กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถขอความช่วยเหลือได้ผ่านทางแอปพลิเคชันดังกล่าว ซึ่งมีการระบุตำแหน่งที่อยู่ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทำให้การช่วยชีวิตเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ทันเวลา นอกจากนี้ยังพบแอปพลิเคชันสำหรับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสุขภาพชุมชนและประชาชนทั่วไป ที่ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลอาการเจ็บป่วยและวิธีการปฐมพยาบาลเบื้องต้น คือ แอปพลิเคชัน DoctorMe โดยสามารถดาวน์โหลดได้ฟรีจากหน้าเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปัจจุบันมีการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อรองรับงานบริการสุขภาพและการให้ความรู้แก่ประชาชนมากกว่า 30 แอปพลิเคชัน ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า โมบายแอปพลิเคชันเป็นเครื่องมือที่เข้ามามีบทบาทในระบบสาธารณสุข สามารถพัฒนาและปรับใช้ให้สอดคล้องกับงานด้านการดูแลสุขภาพประชาชนในแต่ละบริบทพื้นที่ และมีแนวโน้มการพัฒนาเทคโนโลยีไปอย่างต่อเนื่อง

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและการเกิดความพิการ ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงอันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การที่ประชาชนรับรู้อาการที่เป็นสัญญาณเตือนและสามารถเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดความพิการได้ ในปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการสื่อสารมีความทันสมัยและประชาชนเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรแกรมปฏิบัติการบนโทรศัพท์มือถือหรือสมาร์ทโฟนในรูปแบบของโมบายแอปพลิเคชันต่าง ๆ ซึ่งมีสมรรถนะสูง สามารถตอบสนองความต้องการและอำนวยความสะดวก จึงเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ โมบายแอปพลิเคชันสามารถประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ตั้งแต่การคัดกรองโรค การประเมินความเสี่ยง การให้ข้อมูลข่าวสาร โดยเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการบริการสุขภาพได้จากทุกที่ ทุกเวลา สามารถใช้สร้างเครือข่ายความร่วมมือแบบออนไลน์ ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมในยุคปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

บวรลักษณ์ ทองทวี, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงค์. (2561). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 38*(3), 179-191.

ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, และศุทธิดา ชวนวัน. (2558). ใครเป็นใครบนเครือข่ายสังคมออนไลน์: ความหลากหลายทางคุณลักษณะและพฤติกรรม. ใน *รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 11 เรื่อง ความหลากหลายทางประชากรและสังคมในประเทศไทย ณ ปี 2558* (น. 15-28). ม.ป.ท.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2556). *คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับประชาชน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2555). *บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2532-2553*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2556). *รายงานผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประเทศไทย พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *สรุปผลการสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 44*(51), 800-808.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560ก). *คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560ข). *ชุดรูปแบบบริการในการป้องกัน ควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรังสำหรับสถานบริการ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สุชาดา พลาชัยภิรมย์ศิล. (2554). แนวโน้มการใช้โมบายแอพพลิเคชั่น. *วารสารนักบริหาร, 31*(4), 110-115.

Jones, K. R., Lekhak, N., & Kaewluang, N. (2014). Using mobile phones and short message service to deliver self-management interventions for chronic conditions: A meta-review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 11*(2), 81-88.

Krishnamurthi, R., Hale, L., Barker-Collo, S., Theadom, A., Bhattacharjee, R., Geo, A. ... Feigin, V. L. (2019). *Mobile technology for primary stroke prevention: A proof-of-concept randomized controlled trial*. Retrieved from http://www.ahajournals.org/journal/str

Latkin, C. A., & Knowlton, A. R. (2015). Social network assessments and interventions for health behavior change: A critical review. *Behavioral Medicine, 41*(3), 90-97.

Thrift, A. G., Thayabaranathan, T., Howard, G., Howard, V. J., Rothwell, P. M., Feigin, V. L., … Cadilhac, D. A. (2017). Global stroke statistics. *International Journal of Stroke, 12*(1), 13-32.

World Stroke Organization. (2018). *World stroke campaign*. Retrieved from http://www.world-stroke.campaign.org

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

Group Motivational Interviewing for Behavior Modification among Uncontrolled Diabetic Patients

จันจิรา หินขาว, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) [1]
Chanjira Hinkhaw, M.N.S. (Adult Nursing) [1]

บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) [2]
Busayarat Loysak, M.N.S. (Adult Nursing) [2]

พรฤดี นิธิรัตน์, Ph.D. (Public Health) [3]
Pornruedee Nitirat, Ph.D. (Public Health) [3]

Received: May 12, 2020 Revised: June 12, 2020 Accepted: June 14, 2020

บทคัดย่อ

การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคได้ อันจะนำมาซึ่งการลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต กลวิธีหนึ่งที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ คือ การใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวนหลายคนในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง การเข้าใจหลักการพื้นฐานของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำเทคนิคนี้ไปประยุกต์ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหลักการพื้นฐาน ได้แก่ การแสดงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความขัดแย้ง การหลีกเลี่ยงการถกเถียงเอาชนะระหว่างการสนทนา การโอนอ่อนตามแรงต้าน และการสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตนของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การประเมินขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 2) การดำเนินกิจกรรมในแต่ละกลุ่มที่มีขั้นความพร้อมในระดับเดียวกัน โดยมุ่งหวังว่ากระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนี้ จะช่วยส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

[1] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1] Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: chanjira.yui@gmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[2] Registered Nurse, Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
[3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Director of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

Abstract

The motivation for behavior modification is essential for uncontrolled diabetic patients. The main purpose is to encourage patients to control their conditions, reduce disease complications and mortality. Motivational interviewing (MI) is one of the motivational techniques widely used. Especially, a group MI that can be applied to a considerable number of patients is suitable for uncontrolled diabetic patients. To apply MI properly, health care providers must comprehend MI principles consisting of expressing empathy, developing discrepancy, avoiding argumentation, rolling with resistance, and supporting self-efficacy. MI consists of two major steps: 1) assessing patient's stage of change and 2) providing activities to each group of patients with the same stage of change. It is expected that group MI would be an alternative to improve effective patient care.

Keywords: Group motivational interviewing, Behavior modification, Uncontrolled diabetic patient

บทนำ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานทำได้ยากและไม่ค่อยประสบความสำเร็จ จึงพบผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิต ความยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น เป็นเพราะผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่คุ้นชินมานาน เช่น ผู้ป่วยคุ้นชินกับการรับประทานอาหารที่หวาน มัน เค็ม คุ้นชินกับการนั่งนานๆ ไม่ชอบทำกิจกรรมทางกาย หรือไม่เคยออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่าการรับประทานยาไม่ถูกต้อง การไม่ร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะการขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องมีวิธีการที่เหมาะสม วิธีการหนึ่งที่ควรนำมาใช้ คือ การทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในตนที่มากพอจนสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ซึ่งวิธีการที่มีการนำมาใช้และได้ผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คือ การใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาที่เรียกว่า การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing [MI]) (Miller & Rollnick, 1991) หรือเรียกสั้นๆ ว่า MI ซึ่งใช้ได้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนกระทั่งมีผลลัพท์ทางคลินิกดีขึ้น (จันจิรา หินขาว, ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ, และสุนทรี เจียรวิทยกิจ, 2562; Ekong & Kavookjian, 2016; Wattanakorn, Deenan, Puapan, & Schneider, 2013) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสามารถจัดให้แก่ผู้ป่วยทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีสาระเกี่ยวกับความหมายและหลักการพื้นฐานของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งการเลือกนำเสนอวิธีการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนั้น เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีจำนวนมาก จึงต้องช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้หลายคนในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแต่ละครั้ง ทั้งนี้ พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรเข้าใจหลักการพื้นฐานของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และนำเทคนิคนี้มาใช้ในกระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อสร้างแรงจูงใจมีทิศทางที่ชัดเจนยิ่งขึ้น จนนำไปสู่ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

ความหมายของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ หมายถึง การให้คำปรึกษาในลักษณะที่มีทิศทาง และเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client-centered counseling) เพื่อทำให้ผู้รับบริการเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการค้นหาปัญหาและแก้ไขความลังเลใจของผู้รับบริการ เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้รับบริการได้ยินเสียงตัวเองซ้ำๆ อันเป็นเสียงที่เกิดจากความคิดและความรู้สึก (self-motivation statement [SMS]) จนเกิดการรู้คิด และตระหนักถึงปัญหาของตน เกิดแรงจูงใจและมีการตั้งเป้าหมาย นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Miller & Rollnick, 1991)

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ใช้เวลา 30-90 นาที ดำเนินการประมาณ 5 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น (จันจิรา หินขาว และคณะ, 2562; Chen, Creedy, Lin, & Wollin, 2012; Song, Xu, & Sun, 2014; Wattanakorn et al., 2013) แม้ว่าการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคลจะช่วยให้เข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติใช้ระยะเวลาการพูดคุยนาน และผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานมีจำนวนมาก อาจไม่สามารถใช้เทคนิคนี้เพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยได้ครบทุกคน จึงจำเป็นต้องคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนหรือเร่งด่วนเข้ามารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน อย่างไรก็ตาม การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในกรณีที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยหลายคน โดยใช้กระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในกลุ่ม (สุดถนอม ปิตตาทะโน, 2556) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่จำเป็นต้องค้นหาสาเหตุ และใช้กลวิธีเพื่อสร้างความตระหนักและแรงจูงใจ การจัดกิจกรรมแบบกลุ่มทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากสามารถเข้าถึงการบริการด้วยรูปแบบดังกล่าวได้เร็วขึ้น เมื่อผู้ป่วยเกิดความตระหนักและแรงจูงใจ ก็จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนกระทั่งสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

หลักการพื้นฐานของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ พัฒนาขึ้นโดย Miller and Rollnick (2002) ซึ่งได้กล่าวถึงหลักการพื้นฐาน 5 ประการ (five basic motivational principles) ของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การแสดงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (express empathy) เป็นหลักการพื้นฐานแรกที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีใช้วิธีการสะท้อนคิดจากการฟังอย่างตั้งใจ (reflective listening) ควรใช้คำพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง โดยต้องเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย ไม่ใช้คำพูดตำหนิหรือวิจารณ์ด้วยความคิดเห็นของตน การฟังอย่างตั้งใจและไม่ตัดสินจะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาเกิดความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง นำมาซึ่งการรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ ผู้ป่วยจะรู้สึกได้ถึงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจอันเป็นส่วนช่วยให้เกิดการเพิ่มแรงจูงใจ ร่วมตั้งเป้าหมาย และให้ความร่วมมือที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. การช่วยให้เห็นความขัดแย้ง (develop discrepancy) ผู้ให้คำปรึกษาใช้การสนทนาเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความขัดแย้งของตนเอง ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นอยู่ในปัจจุบันกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการจะเป็น จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้และปรับเปลี่ยนระดับแรงจูงใจ โดยหาวิธีการปรับเปลี่ยนตนเอง เพื่อไปถึงเป้าหมายที่ตนอยากให้เกิด ผู้ให้คำปรึกษาควรให้ข้อมูลสุขภาพและวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเพียงพอ และกล่าวถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นหากยังปฏิบัติพฤติกรรมเดิมตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่อีกครั้ง

3. การหลีกเลี่ยงการถกเถียงเอาชนะ (avoid argumentation) เป็นหลักการพื้นฐานสำคัญที่ต้องยึดปฏิบัติหากมีความขัดแย้งหรือการถกเถียงกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้ป่วย การถกเถียงเอาชนะทำให้ไม่เกิดผลดี กลับยิ่งจะทำให้ผู้ป่วยต่อต้านและยืนยันความคิด ความเชื่อของตนเองมากขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเกิดขึ้นได้ยาก

4. การโอนอ่อนตามแรงต้าน (roll with resistance) การเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับขั้นตอนและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจทำให้เกิดแรงต้านจากผู้ป่วย ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรใช้คำพูดจูงใจ เสนอมุมมองใหม่ ไม่บังคับหรือข่มขู่ แต่โน้มน้าวให้คล้อยตาม พยายามให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกใหม่และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

5. การสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (support self-efficacy) เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติและรับผิดชอบผลที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

เมื่อพยาบาลในคลินิกเบาหวานได้เข้าใจหลักการพื้นฐานของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจดังกล่าวแล้ว ในการที่จะนำมาประยุกต์ใช้จริงกับผู้ป่วย จำเป็นที่จะต้องเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เหมาะสำหรับการนำมาใช้ที่คลินิกเบาหวาน ซึ่งแต่ละวันมีผู้ป่วยจำนวนมาก โดยพยาบาลควรดำเนินการใน 2 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การประเมินขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 2) การดำเนินกิจกรรมในแต่ละกลุ่มที่มีขั้นความพร้อมในระดับ

เดียวกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change)

ขั้นตอนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นช่วงการสร้างความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และเป็นโอกาสที่พยาบาลจะได้วิเคราะห์ความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละคนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเข้าใจในเรื่องขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วย และนำเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมาใช้ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย (Miller & Rollnick, 2002) การจัดกลุ่มความพร้อมของผู้ป่วยให้ประยุกต์ใช้โมเดลลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (the stages of change model) และโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้หลายทฤษฎี (the transtheoretical model) ที่พัฒนาขึ้นโดย Prochaska and DiClemente ในปี ค.ศ. 1970 และปี ค.ศ. 1980 ตามลำดับ

การประเมินขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพและพูดคุยกับผู้ป่วย 5-10 นาที (ช่วงรอก่อนเข้าพบแพทย์ในวันที่มาตามนัด) โดยพยาบาลใช้คำถามปลายเปิด เช่น ท่านทราบเกี่ยวกับโรคเบาหวานของท่านอย่างไรบ้าง ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตัวท่านในปัจจุบัน ท่านต้องการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของท่านเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนอย่างไรบ้าง ทั้งนี้สามารถอธิบายความพร้อมของผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1.1 ขั้นเมินเฉย (pre-contemplation) ในขั้นนี้ ผู้ป่วยไม่เห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้นั้นเป็นปัญหาของตนเอง ดังนั้น ผู้ป่วยจึงยังไม่พร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตัวอย่างลักษณะคำพูดของผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นนี้

“ที่บอกว่าน้ำตาลสูงตลอด ไม่เห็นว่าจะมีอาการผิดปกติอะไรเกิดขึ้นกับตัวเองเลย”

“เบาหวานคุมบ้างไม่คุมบ้าง ก็ไม่เคยต้องมานอนโรงพยาบาลสักครั้ง”

1.2 ขั้นลังเลใจ (contemplation) ในขั้นนี้ ผู้ป่วยเริ่มมองเห็นปัญหา รับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และคิดว่าน่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังคงมีความลังเลใจ อยากดูผลจากคนอื่นๆ ก่อน จึงยังไม่เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดๆ ตัวอย่างลักษณะคำพูดของผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นนี้

“เป็นเบาหวานมาหลายปี เพิ่งรู้วันนี้ว่ามีความเสื่อมของไต ถ้ายังควบคุมน้ำตาลไม่ได้แบบนี้ คงต้องไปฟอกไตแบบคนอื่นแน่ๆ ก็อยากทำตามที่หมอบอกนะ แต่มันจะช่วยได้จริงหรือเปล่า”

1.3 ขั้นเตรียมการ/ขั้นตัดสินใจ (preparation) ในขั้นนี้ ผู้ป่วยเริ่มมีความตั้งใจที่จะลงมือทำ เริ่มวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มตั้งเป้าหมาย เตรียมพร้อมสำหรับการปรับเปลี่ยน แต่ยังไม่ได้ลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตัวอย่างลักษณะคำพูดของผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นนี้

“จากที่ฟังข้อมูลพยาบาลเปรียบเทียบค่าน้ำตาลแต่ละครั้ง ดูแล้วถ้าปล่อยไปแบบนี้คงแย่ คงต้องเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองแล้ว ให้กินอาหารที่ซื้อมาไว้แล้วหมดก่อนนะคะ อาทิตย์หน้าจะเริ่มปรับอาหารอย่างจริงจังเลย”

1.4 ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) ในขั้นนี้ ผู้ป่วยเริ่มปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการปรับเปลี่ยนอย่างน้อย 3-6 เดือน ตัวอย่างลักษณะคำพูดของผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นนี้

“อยู่บ้านงดกินขนมหวานมาได้ 1 เดือนแล้ว มาตรวจค่าน้ำตาลเมื่อเช้า ไม่เกิน 170 รู้สึกดีใจ”

1.5 ขั้นกระทำอย่างต่อเนื่อง (maintenance) ในขั้นนี้ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องได้มากกว่า 6 เดือน มีโอกาสที่จะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน ตัวอย่างลักษณะคำพูดของผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นนี้

“เริ่มปฏิบัติได้จนชินเป็นนิสัยแล้ว ชินแล้ว ทำต่อไปได้ตลอด”

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติพฤติกรรมได้ดีจนเป็นนิสัย แต่ก็มีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะกลับไปมีปัญหาซ้ำ (relapse) กล่าวคือ เกิดความล้มเหลวและกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมแบบเดิมอีก ซึ่งการกลับไปมีปัญหาซ้ำเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นของ stage of change หรือไม่เกิดขึ้นก็ได้ ตัวอย่างลักษณะคำพูดของผู้ป่วย

“ลองงดเค็ม งดหวานได้มาครึ่งปีแล้ว พอลูกสาวกลับมาบ้าน มาเลี้ยงฉลองปีใหม่ เลยอดใจไม่ได้ กินไปกับลูกๆ ด้วย”

เมื่อประเมินขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถจำแนกผู้ป่วยเบาหวานตามกลุ่มได้แล้ว จึงเข้าสู่กระบวนการการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ซึ่งในแต่ละครั้งควรจัดผู้ป่วย 5-10 คน (สุดถนอม ปิตตาทะโน, 2556; Wattanakorn et al., 2013) โดยผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นความพร้อมระดับเดียวกัน พยาบาลจะสามารถเลือกใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจไปในทิศทางเดียวกัน และกำหนดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

2. การดำเนินกิจกรรมในแต่ละกลุ่มที่มีขั้นความพร้อม

ในระดับเดียวกัน มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การใช้กระบวนการกลุ่มค้นหาสาเหตุของปัญหาและตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ค้นหาสาเหตุของปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน จะรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เข้าใจซึ่งกันและกัน มีการหยิบยกประเด็นที่เป็นปัญหาขึ้นมาหาแนวทางแก้ไข กำหนดเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง พร้อมทั้งวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง พยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วย รวมถึงให้ผู้ป่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยใช้เวลาในการดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้ง 1-2 ชั่วโมง ทั้งนี้ ลักษณะกิจกรรมจะแตกต่างกันไปตามขั้นความพร้อมของแต่ละกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้

2.1.1 กลุ่มเมินเฉย

พยาบาลใช้หลักการพื้นฐานของ MI โดยทำหน้าที่รับฟังอย่างตั้งใจ โอนอ่อนตามแรงต้าน ยอมรับความเห็นที่แตกต่าง ให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตัวอย่างการสนทนากับผู้ป่วย

“อย่างที่คุณ……บอกว่าแม้น้ำตาลสูง แต่ก็ไม่เคยต้องนอนโรงพยาบาล เรามาดูผลการเปรียบเทียบน้ำตาลของคุณ……ที่ผ่าน ๆ มาดีไหมคะ (แสดงผลน้ำตาลที่สูงมาตลอดให้ดู) เรามาดูถึงผลเสียของน้ำตาลที่สูงมาตลอดด้วยกันไหมคะ ดิฉันมีข้อมูลจากผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ได้รับอันตรายแล้วมาให้คุณ……ดูด้วยค่ะ”

2.1.2 กลุ่มลังเลใจ

พยาบาลใช้หลักการพื้นฐานของ MI โดยกระตุ้นถามถึงข้อดี-ข้อเสียในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชี้ให้เห็นพฤติกรรมปัจจุบันกับเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องการ เปิดโอกาสให้ทบทวนอย่างอิสระ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างเป็นกลาง ตัวอย่างการสนทนากับผู้ป่วย

“คุณ……คิดว่า ถ้ายังควบคุมน้ำตาลไม่ได้ อาจจะทำให้เกิดไตเสื่อม งั้นเรามาดูข้อดี-ข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ดีไหมคะ มาดูกันด้วยว่าคนอื่นที่เขาทำแล้วได้ผลดีอย่างไรบ้าง”

2.1.3 กลุ่มเตรียมการ/ตัดสินใจ

พยาบาลใช้หลักการพื้นฐานของ MI โดยเสนอทางเลือก (menu) ส่งเสริมสมรรถภาพแห่งตน (self-efficacy) ชี้ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรับผิดชอบในการเลือกเอง ตัวอย่างการสนทนากับผู้ป่วย

“ดีมากเลยค่ะ ที่คุณ……มีความตั้งใจแน่วแน่ คิดอยากเปลี่ยนอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ คุณ……พอจะทราบมาก่อนไหมคะว่ามีวิธีการเลือกอาหารให้เหมาะสมอย่างไรบ้าง”

“งั้นลองฟังข้อมูลการปฏิบัติตัวในช่วงบ่ายนี้นะคะ จะมีทีมสุขภาพมาให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน และมีกลุ่มผู้ป่วยที่มีความตั้งใจจะเปลี่ยนพฤติกรรมแบบคุณ……มาร่วมฟังด้วยค่ะ เชื่อว่าไม่ยากจนเกินไปและคุณ……สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างแน่นอนค่ะ”

2.1.4 กลุ่มลงมือปฏิบัติ

พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีการที่เลือกอย่างยั่งยืน โดยช่วยหาวิธีการกำจัดอุปสรรค และใช้หลักการพื้นฐานของ MI โดยให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ แสดงความเห็นใจ ตัวอย่างการสนทนากับผู้ป่วย

“เก่งมากเลยค่ะ คุณ……สามารถปฏิบัติได้ แล้วมีปัญหาความยากลำบากอะไรในการปฏิบัติแบบนี้ไหมคะ ถ้ามีก็เล่าให้ฟังหน่อยนะคะ เผื่อดิฉันจะได้ช่วยเหลืออะไรได้”

2.1.5 กลุ่มกระทำอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลให้คำแนะนำในการป้องกันการกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมเดิมซ้ำ (advice) และชื่นชมในสิ่งที่ดีที่เกิดขึ้น (affirmation) ตัวอย่างการสนทนากับผู้ป่วย

“คุณ……มีความตั้งใจ และสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ น่าชื่นชม วันหลังจะขอให้มาแนะนำผู้ป่วยคนอื่น ๆ ด้วยนะคะ ถ้าดูจากผลเลือดวันนี้ ถือว่าอยู่ในช่วงปกติค่ะ ซึ่งยังคงต้องปฏิบัติแบบนี้ไปเรื่อย ๆ เพื่อรักษาระดับที่ดีแบบนี้ต่อไปนะคะ”

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่กลับไปมีปัญหาซ้ำ พยาบาลใช้หลักการพื้นฐานของ MI โดยสอบถามปัญหา อุปสรรคในการจัดการตนเอง และให้ผู้ป่วยสะท้อนตนเอง (self-reaction) ตัวอย่างการสนทนากับผู้ป่วย

“เข้าใจค่ะ ว่านาน ๆ ลูกสาวจะกลับมาบ้านนะคะ วันนั้นที่กินมื้อหนัก ๆ ไม่ได้ควบคุมอาหาร แล้วคุณ……รู้สึกอย่างไรบ้างคะ”

“คุณ……คิดว่าจะมีวิธีจัดการตนเองอย่างไรได้บ้างเพื่อไปถึงเป้าหมายเดิมที่ตั้งไว้คะ”

จากนั้นให้ผู้ป่วยกลับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองตามที่วางแผนไว้ พยาบาลกำหนดวันนัดเพื่อติดตามผล โดยระยะเวลาและจำนวนกิจกรรมขึ้นอยู่กับขั้นความพร้อมของผู้ป่วย

2.2 การติดตามและกระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

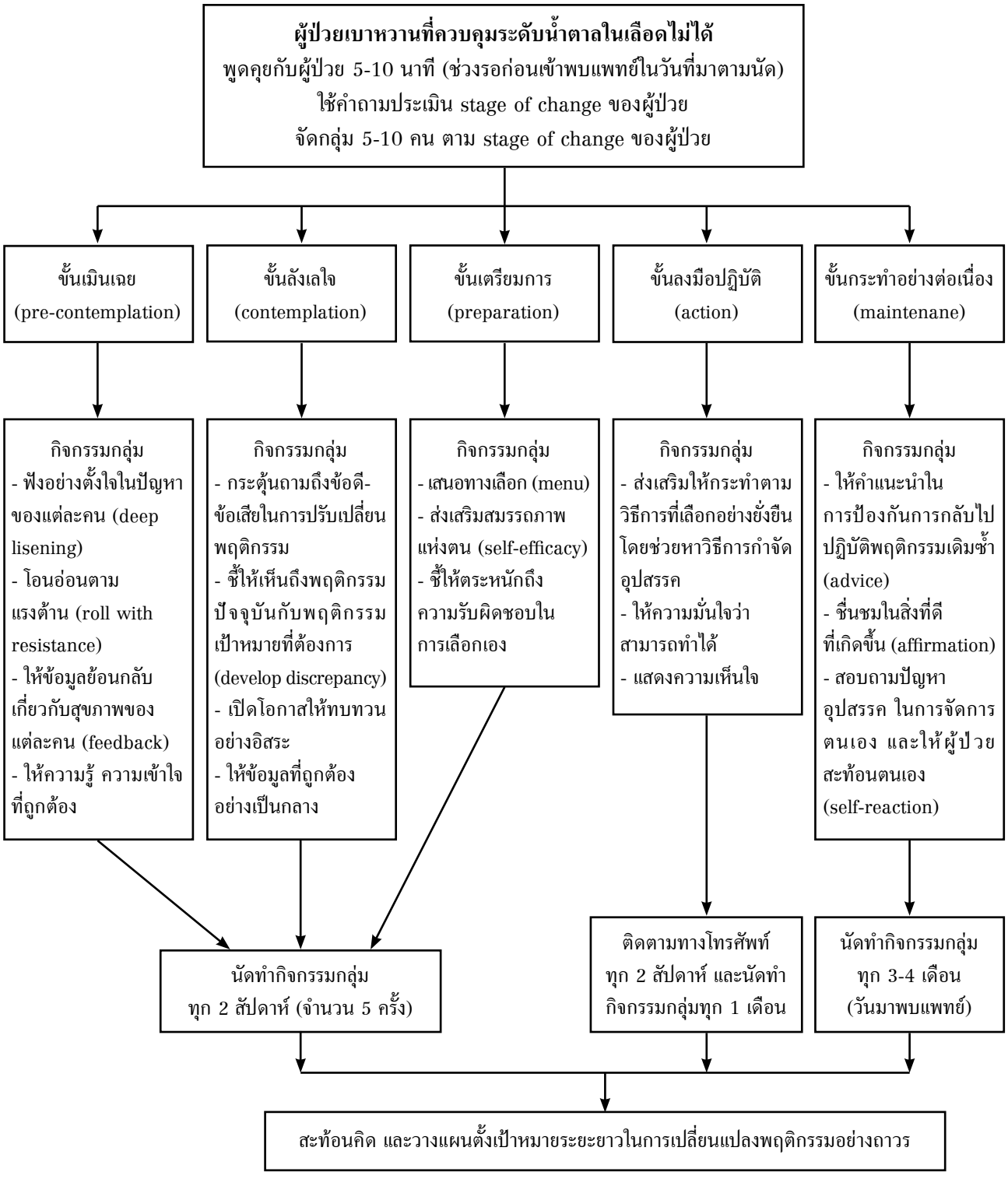
หลังจากผู้ป่วยเบาหวานกลับไปปฏิบัติกิจกรรมแล้ว ระยะเวลาและจำนวนกิจกรรมการนัดกลับมาเข้ากลุ่มครั้งต่อไป ตามขั้นความพร้อมของผู้ป่วย มีดังนี้ 1) กลุ่มเมินเฉย กลุ่มลังเลใจ และกลุ่มเตรียมการ/ตัดสินใจ นัดทำกิจกรรมกลุ่มทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้ง 2) กลุ่มลงมือปฏิบัติ ติดตามทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 5-10 นาที และนัดทำกิจกรรมกลุ่มทุก 1 เดือน และ 3) กลุ่มกระทำอย่างต่อเนื่อง นัดทำกิจกรรมกลุ่มทุก 3-4 เดือน ในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด โดยการติดตามจะเป็นลักษณะการกระตุ้นให้กลุ่มมีการพูดคุยถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กล่าวชื่นชมสำหรับผู้ที่เริ่มปฏิบัติได้ ส่งเสริมให้กำลังใจ และช่วยให้ค้นหาสาเหตุ อุปสรรคในผู้ที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแผน วางแผนกลุ่มร่วมกันเพื่อปรับแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมของแต่ละคน สนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ให้เชื่อมั่นในตนเองว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า ไม้บรรทัดแห่งความพร้อม (Ruler of Readiness) (Miller & Rollnick, 1991) เพื่อประเมินความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ โดยมี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ให้ผู้ป่วยเลือกระดับคะแนนความมั่นใจตั้งแต่คะแนน 0 (ไม่มั่นใจเลย) จนถึง 10 (มั่นใจมากที่สุด) และขั้นที่ 2 ใช้คำถามกระตุ้นเพื่อประเมินอุปสรรคที่ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และร่วมกันหาวิธีการลดอุปสรรคดังกล่าว เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จากนั้นให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมตามวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง โดยพยาบาลทิ้งคำพูดเพื่อให้แง่คิด ตัวอย่างเช่น “ดิฉันมีความรู้สึกห่วงใยทุกคนอย่างจริงใจ ซึ่งสุขภาพเป็นของทุกคน ดิฉันเสียดายมากนะคะที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ แทนทุกคนได้ แต่ก็เชื่อมั่นว่าทุกคนก็รักสุขภาพของตัวเอง และจะสามารถปฏิบัติตามที่พูดคุยวางแผนกันในวันนี้ได้อย่างแน่นอนค่ะ”

การวัดผลสำเร็จของกระบวนการนี้ คือ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนขั้นความพร้อมในระดับที่ดีขึ้น และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ตั้งเป้าหมายได้ ดังนั้น ในระหว่างการทำกิจกรรมกลุ่มหรือการติดตามทางโทรศัพท์ พยาบาลจะต้องประเมินขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกครั้ง โดยต้องคำนึงว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีความตระหนักในปัญหาและพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากัน พยาบาลควรนำผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนขั้นความพร้อมในระดับที่ดีขึ้นและสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้ มาเป็นตัวแบบ (role model) โดยให้เล่ากลวิธีที่สามารถทำได้สำเร็จ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม จากนั้นบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคน ส่วนการนัดครั้งต่อไป พยาบาลต้องจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับระดับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไประหว่างรอการนัด พยาบาลกับผู้ป่วย หรือผู้ป่วยกับผู้ป่วย ควรได้สื่อสารกันในช่องทางต่าง ๆ เช่น ทางกลุ่มไลน์

2.3 การสะท้อนการเปลี่ยนแปลงจากการปฏิบัติ

เมื่อผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมจนสิ้นสุดระยะเวลาตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ พยาบาลให้ผู้ป่วยพูดสะท้อนคิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยช่วงเวลาที่ดำเนินการแตกต่างกันไปตามกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้ 1) กลุ่มเมินเฉย กลุ่มลังเลใจ และกลุ่มเตรียมการ/ตัดสินใจ ดำเนินการในครั้งที่ 5 ของการนัด 2) กลุ่มลงมือปฏิบัติ ดำเนินการเมื่อครบ 1 เดือน และ 3) กลุ่มกระทำอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการเมื่อครบ 3-4 เดือน (ตามวันที่มาพบแพทย์ตามนัด) พยาบาลกล่าวชื่นชม ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนเอง จากนั้นพยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้นในระยะยาว โดยเป็นเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวรในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

สรุป

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีหลักการพื้นฐาน 5 ประการ ได้แก่ การแสดงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ การช่วยให้เห็นความขัดแย้ง การหลีกเลี่ยงการถกเถียงเอาชนะ การโอนอ่อนตามแรงต้าน และการสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ส่วนกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การประเมินขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสร้างสัมพันธภาพและพูดคุยเพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยตามขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 2) การดำเนินกิจกรรมในแต่ละกลุ่มที่มีขั้นความพร้อมในระดับเดียวกัน โดยใช้กระบวนการกลุ่มค้นหาสาเหตุของปัญหาและตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามและกระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และสะท้อนการเปลี่ยนแปลงจากการปฏิบัติ ทั้งนี้ กิจกรรมต่าง ๆ ที่นำมาใช้จะต้องเหมาะสมกับระดับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยพยาบาลสามารถปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

จันจิรา หินขาว, ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ, และสุนทรี เจียรวิทยกิจ. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 30*(2), 185-202.

สุดถนอม ปิตตาทะโน. (2556). *ผลของการให้คำปรึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อการควบคุมดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. สืบค้นจาก http://www.amsarthailand.utcc.ac.th/attachments/article/34/Sudtanorm.pdf

Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H. S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 49*(6), 637-644.

Ekong, G., & Kavookjian, J. (2016). Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 99*(6), 944-952.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). 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.

Wattanakorn, K., Deenan, A., Puapan, S., & Schneider, J. K. (2013). Effects of an eating behaviour modification program on Thai people with diabetes and obesity: A randomised clinical trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing, 17*(4), 356-370.

ความอดทน กับเส้นทางสู่ผลลัพธ์ที่สวยงาม

Patience and the Way toward Beautiful Results

กัญจนา สงคศาสตร์ [1]

Kanjana Songkasart [1]

Received: March 29, 2020 Revised: April 5, 2020 Accepted: April 17, 2020

"ฉันคือความหวัง...พี่น้องนั้นต่างเฝ้ารอ
ทำให้ฉันไม่เคยท้อ เฝ้าทอฝันให้เต็มใบ
เมื่อใจมุ่งมั่น ฝันต้องเป็นความจริง
พร้อมมีทุกสิ่ง ต่อสู้ในโลกใบใหญ่
รางวัลชีวิต พิชิตเข้าสู่หลักชัย
มีวันยิ้มได้สดใส เป็นไทเพราะความอดทน"

จากส่วนหนึ่งของบทเพลง "รางวัลของความอดทน" จะเห็นได้ว่า รสชาติของความอดทนอาจไม่หอมหวานสักเท่าไรนัก แต่เมื่อใดก็ตามที่ผลสำเร็จได้มาจากความอดทนนั้น เราเองจะภาคภูมิใจไม่น้อยเลย ว่าทุกคนที่บ้านต่างเฝ้ารอดูความสำเร็จที่เรียกว่าใบปริญญา แต่กว่าจะได้มานั้นก็ต้องแลกกับบากบั่นความอดทนและพยายามของคนคนหนึ่ง เพื่อจะเป็นรางวัลชีวิตสู่ความสำเร็จของตัวเอง

ฉันเป็นเด็กผู้หญิงคนหนึ่งที่ทีความฝันเหมือนกับคนอื่นๆ ฉันฝันอยากเป็นพยาบาล และพยาบาลเป็นความฝันเดียวที่ฉันเลือก ฉันยังจำความรู้สึกแรกที่ก้าวเข้ามาเป็นนักศึกษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี ซึ่งเต็มไปด้วยความดีใจและตื้นตันอย่างบอกไม่ถูก เมื่อได้เดินบนเส้นทางที่ตัวเองได้เป็นคนเลือก ความรู้สึกในวันแรกจนถึงวันนี้คงไม่ต่างกันเท่าไรนัก เพียงแค่ต้องปรับตัวในหลายๆ เรื่อง จากที่เป็นเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษา มีเวลาเที่ยวเล่นสนุกสนาน แต่ตอนนี้ไม่สามารถกลับไปเที่ยวเล่นสนุกสนานเหมือนเมื่อก่อนได้ เพราะต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบมากขึ้น มีความอดทน เสียสละเพื่อผู้อื่นโดยไม่ได้คำนึงถึงผลประโยชน์ของตัวเอง การที่เข้ามาเรียนที่นี่ ทำให้ต้องไกลบ้าน ต้องมาใช้ชีวิตเป็นเด็กหอ อยู่ในรั้ววิทยาลัยมากกว่าอยู่บ้าน ได้พบหน้าคนในครอบครัวน้อยลง แต่ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ได้ลดลงไปจากเดิม พ่อกับแม่รักฉันมาก ท่านจะคอยทำกับข้าวมาส่งให้ฉันที่หออยู่เป็นประจำ และเมื่อถึงวันศุกร์ตอนเย็น พ่อกับแม่ก็จะขี่ซาเล้ง มารับฉันที่หน้าวิทยาลัย ทำให้เมื่อใครๆ มองมาก็จดจำฉันได้ เพราะฉันมีเอกลักษณ์เป็นของตัวเอง นั่นคือ รถซาเล้งที่ฉันนั่ง ฉันไม่เคยอายที่เวลาไปไหนมาไหนด้วยรถซาเล้ง เพราะรถซาเล้งทำให้ฉันมีทุกวันนี้ได้ บ้านฉันมีรถแค่เพียงคันเดียว คือซาเล้งคันนี้ ทำให้ฉันไปไหนมาไหนพร้อมหน้าพร้อมตากันทั้งครอบครัว ฉันมีความสุขกับรถซาเล้งที่ฉันนั่ง ถึงรถฉันมันอาจดูเก่าเพราะด้วยอายุของรถมากกว่าอายุของฉันเสียอีก ฉันยังคงต้องอาศัยซาเล้งคันนี้ไปอีกนานจนกว่าจะเรียนจบพยาบาล มันจึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่ฉันฝันอยากจะมีรถเก๋งสักคันให้พ่อกับแม่ได้นั่งสบายๆ มันคงจะดีไม่น้อยเลยกับการมีเป้าหมายในชีวิตเพื่อเป็นของขวัญให้แก่ตัวเองสัก 1 ชิ้น และฉันคิดว่าเมื่อใดที่ฉันก่อร่างสร้างตัว ทำงานมีเงินเดือนพอเหลือเก็บ ก็จะออกรถเก๋งสักคันให้ได้อย่างที่ตั้งใจไว้ เพราะถึงอย่างไรก็คงไม่เหลือบ่ากว่าแรง แต่ว่าตอนนี้สิ่งที่ฉันทำได้ คือ การตั้งใจเรียนหนังสือและทำ

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

[1] 2nd-year Nursing Student, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, E-mail: Kanjana.Pluem@gmail.com

หน้าที่ของตัวเองให้ดีที่สุด เพื่อให้พ่อกับแม่ภูมิใจในตัวฉัน จากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เป็นน้องเล็กสุดในสายตาอาจารย์และพวกพี่ ๆ ที่กำลังคอยเฝ้ามองพวกเราเติบโต เปรียบเสมือนนกน้อยที่กำลังหัดบิน โดยมีคนคอยช่วยพยุงให้กระพือปีกโบยบินไปได้ วันที่ฉันรับหมวก ฉันตื่นเต้นมาก เพราะเป็นวันที่ฉันจะได้มีหมวกเป็นของตนเอง สิ่งนั้นแสดงถึงการเริ่มต้นก้าวเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลอย่างเต็มตัว ใครจะไปคิดว่า สิ่งที่ฝัน ฉันจะทำมันได้ หมวกยังคอยย้ำเตือนว่าต้องตระหนักถึงบทบาทในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และต้องเป็นพยาบาลที่ดีตามความคาดหวังของสังคม ดังนั้น หมวกพยาบาลจึงเป็นสัญลักษณ์ของผู้ที่ใส่ว่าเป็นบุคคลที่ได้รับการศึกษาวิชาการพยาบาลที่พร้อมจะไปดูแลผู้ป่วย

ช่วงปี 1 เป็นการเรียนในส่วนของทฤษฎีเพียงอย่างเดียว ยังไม่ได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติ จึงไม่ค่อยรู้ว่าตัวเองชอบหรือไม่ จนกระทั่งก้าวเข้าสู่ชั้นปีที่ 2 ฉันเริ่มรู้สึกเครียดว่าเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลยากมากขึ้น แรก ๆ จัดสรรเวลายังไม่ค่อยได้ สิ่งสำคัญคือ การแบ่งเวลาให้เป็นและใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ โดยแบ่งเวลาอ่านหนังสือออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงเช้า ตี 5 ถึง 6 โมง และช่วงหัวค่ำ 2-3 ทุ่ม เพื่อทบทวนบทเรียน และในช่วงเย็นไปออกกำลังกายกับเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย ทำให้ฉันจัดการกับปัญหาได้ และไม่ว่าจะมีปัญหาหรืออุปสรรคใด ๆ ก็ตาม ฉันสามารถเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้นไปได้ด้วยตัวเอง ทุก ๆ ปัญหาที่ผ่านมาในชีวิตของฉันจึงผ่านไปได้โดยง่าย

ในช่วงปีที่ 2 นี้ เป็นช่วงของการฝึกหัตถการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเรียนใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายให้อาหาร ทำแผล ฉีดยา และอื่น ๆ อีกมากมายที่เป็นหัตถการง่าย ๆ เป็นการลงมือฝึกปฏิบัติอย่างจริงจัง ช่วงแรก ๆ ฉันเองรู้สึกสับสนอยู่ว่าจะทำได้ไหม เพราะมันดูยากไปหมดเลย อะไรที่ทำเป็นครั้งแรกก็ต้องดูยากเป็นธรรมดา แต่ถือเป็นความโชคดีของฉัน เพราะในช่วงปี 1 ฉันได้ไปเข้าร่วมโครงการกระต่ายอาสาช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง ทำให้ฉันมีความรู้ติดตัวอยู่บ้าง และการที่ได้ออกไปทำโครงการดี ๆ แบบนี้ฉันรู้สึกประทับใจอย่างมาก หากมีโอกาสก็อยากไปร่วมกิจกรรมแบบนี้อีก ได้รับทั้งความรู้และประสบการณ์ไปในตัว จึงเหมือนเป็นการต่อยอดความรู้ที่ตัวฉันมีให้เพิ่มมากขึ้น สิ่งที่ฉันคิดว่ายากที่สุดสำหรับการฝึกในตอนนั้น คือ การใส่สายให้อาหารแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหากลืนลำบาก เพราะเวลาที่ใส่สายเข้าไปแล้วเกิดปัญหาสายติด จึงทำให้ต้องทำด้วยความยากลำบากแต่โชคดีที่มีอาจารย์คอยช่วยเหลืออยู่ใกล้ ๆ ทำให้ฉันรู้สึกอุ่นใจ ฐานที่ชอบที่สุดคงเป็นฐานฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง ที่อาจารย์ให้สลับกันฉีดน้ำเกลือกับเพื่อน ตอนนั้นตื่นเต้นมาก มือสั่น เพราะเป็นการจับเข็มฉีดยาครั้งแรก แล้วก็ได้ฉีดให้เพื่อนเป็นครั้งแรกด้วยเช่นกัน แล้วสุดท้ายในทุก ๆ ฐานก็ผ่านไปได้ด้วยดี ครั้นพอฝึกหัตถการในห้องปฏิบัติการเสร็จสิ้น คราวนี้ถึงการฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย มันเป็นครั้งแรกในชีวิตของเด็กผู้หญิงคนหนึ่งจริง ๆ ที่จะได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่พ่อ ไม่ใช่แม่ ไม่ใช่คนในครอบครัว แต่ต้องดูแลเสมือนหนึ่งเป็นคนในครอบครัวของเราเอง

1 วันก่อนที่จะขึ้นฝึก ความรู้สึกของฉันเต็มไปด้วยความกังวล เพราะกลัวว่าตัวเองจะทำไม่ได้ ตึกแรกในชีวิตของฉันคือ ตึกอายุรกรรมชาย เย็นวันนั้นฉันขึ้นไปดู assign คนไข้ซึ่งอาจารย์เป็นผู้เลือก case ให้ ฉันได้ case เป็นคุณลุง อายุ 55 ปี ไม่รู้สึกตัว ได้รับออกซิเจน นอนนิ่งอยู่บนเตียง ฉันเห็นคุณลุงแล้วอดสงสารไม่ได้ ตอนนั้นฉันเองไม่รู้จะช่วยคุณลุงอย่างไร เครียดมาก ไม่รู้จะอธิบายให้ใครฟังว่าไปเผชิญกับอะไรมา จึงโทรศัพท์ไปหาพ่อกับแม่แล้วเล่าสิ่งที่ฉันเผชิญให้ท่านได้ฟัง พ่อกับแม่บอกฉันว่า ท่านเชื่อในตัวฉันและมั่นใจว่าฉันทำได้ แต่ฉันก็ยังคงกังวลอยู่ ฉันเพียงได้แค่ส่งยิ้มและเป็นกำลังใจให้คุณลุงอยู่ข้าง ๆ เตียง อาจารย์บอกกับฉันว่า คนไข้ก็เหมือนตำราเล่มหนึ่งให้เราได้ศึกษา ซึ่งตำราเล่มนี้ไม่ได้อยู่ในห้องเรียน แต่เราจะได้เรียนรู้จากตัวคนไข้ที่ได้ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่หาจากที่ไหนไม่ได้หากเราไม่เจอด้วยตัวเอง ฉันจึงเปลี่ยนความคิดใหม่ว่าจะตั้งใจดูแลคนไข้รายนี้ให้ดีที่สุดเท่าที่ฉันจะทำได้ แล้วเอาประสบการณ์ที่ฉันได้รับมาพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่าฉันอาจไม่ใช่คนเก่ง แต่ฉันจะทำทุกอย่างออกมาด้วยความตั้งใจ ทำให้ฉันรู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลคนไข้ และไม่คิดว่าสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ฉันทำนั้น จะกลายเป็นคำขอบคุณที่คนไข้หลายคนมอบให้ฉัน ถึงแม้ว่าคนไข้บางคนจะพูดกับฉันไม่ได้ แต่ก็แสดงออกมาผ่านแววตาและรอยยิ้ม นับตั้งแต่นั้นมา ฉันก็ไม่กลัวว่าจะทำไม่ได้ เพราะสิ่งที่ฉันทำไม่ได้เป็นสิ่งที่ฉันยังไม่ได้ลงมือทำต่างหาก

สุดท้ายนี้ ฉันอยากขอบคุณคนไข้ทุกคนที่ฉันได้มีโอกาสดูแล ขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่คอยสอนการพยาบาลทุกอย่างให้แก่ฉัน ขอบคุณเพื่อนร่วมกลุ่มที่ประคองกันมาตลอดการขึ้นฝึก ขอบคุณกำลังใจจากคนสำคัญ คือ พ่อกับแม่ และคนสุดท้ายที่อยากขอบคุณมากที่สุด คือ ตัวฉันเอง ที่อดทนพาตัวเองเดินมาเกือบจะครึ่งทางฝันแล้ว เวลาต่อจากนี้จะมีค่ามากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับตัวเราที่เป็นคนกำหนด บางวันสนุก มีความสุข เวลาก็ดูผ่านไปเร็ว แต่วันใดที่เหนื่อยหรือท้อ เวลาก็ดูผ่านไปช้า แต่ไม่ว่าเวลาจะผ่านไปเร็วหรือช้า ฉันก็ยังคงยืนหยัดที่จะสานความฝันของตัวเองต่อไป เพื่อจบไปเป็นพยาบาลที่ดีในอนาคต