



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563 Vol. 31 No. 2 July - December 2020



รายงานการวิจัย

- การทำหน้าที่ของครอบครัวและการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความภาคภูมิใจในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี
- ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
- ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตต่อกิจกรรมทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล
- การปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยเรียนของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการพึ่งยาคุมกำเนิดต่อความรู้และการใช้ยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด
- สุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
- การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้วัดและอาการเตือนของโรคนี้วัดและอำนาจการทำนายปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้วัดในผู้ป่วยโรคนี้วัดและกลุ่มเปรียบเทียบ
- ความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล
- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคเต๋าต่อดัชนีชี้ต่อภาวะอ้วนลงพุงของพนักงานสถานประกอบการขนาดใหญ่เขตพื้นที่ภาคตะวันออก
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

บทความวิชาการ

- การเสริมสร้างความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่
- การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพในประชากรก่อนวัยสูงอายุ
- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจในการลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลในวัยรุ่น
- บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลป้องกันโรคฟันผุสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน
- การปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- การตั้งครรภี่ไม่พร้อมของวัยรุ่น: แนวทางการป้องกันและเฝ้าระวัง
- การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

บทความพิเศษ

- ประสบการณ์ของนักศึกษาจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563 Vol. 31 No. 2 July - December 2020

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุมพรปราม
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ช.ทองเกษร ลาดพร้าว 71 กรุงเทพฯ)
ดร.มัณฑนา เหมชะญาตี
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
นางสาวเพ็ญภา พิสัยพันธ์
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

นางคณิตสร เจริญกิจ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. ผศ. ดร.ลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ดร.สินศักดิ์ชื่นม์ อุ้นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 4. ดร.หรรษา เศรษฐบุษปะ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. รศ. ดร.อรพรรณ โตสิงห์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 7. รศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 8. ผศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก | ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ |
| 2. นางกรรณิการ์ พรงาม | ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ |
| 3. ดร.รุ่งนภา เขียวชะอ้า | ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ |

ฝ่ายจัดการ

1. นายนาวิน ทองแสง
2. นางสาวชลิตา วรวุฒิปิศาล

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

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

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

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 2. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 4. ดร.วิรัชพัชร สกุลสันติพร เศลล์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 6. รศ. ดร.ปรารธนา สติตย์วิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาวี่ จันทนะโสตร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 10. ผศ. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 11. ผศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 12. ผศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 13. ดร.ศรีสกุล เนียบแหลม | 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 ร่องเมือง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 19. ดร.สนธยา มณีรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 20. ดร.มธุรดา บรรจงการ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 21. ผศ. ดร.ปราณี ธีร์โสภณ | นักวิชาการอิสระ |
| 22. ดร.ชดช้อย วัฒนะ | นักวิชาการอิสระ |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563 Vol. 31 No. 2 July - December 2020

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
• การทำหน้าที่ของครอบครัวและการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น ณัฐศรีณย์ กิตติศรี ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา สมบัติ สกุลพรรณ	1
• ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของ ตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทาง การเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สิริพัชร์ญา ตะวังกัน วรณรัตน์ ลาวัง สมสมัย รัตนกรีทากุล	12
• ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็น โรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี ประไพศรี คงหาสุข สมสมัย รัตนกรีทากุล สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ	28
• ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สินาภรณ์ กล่อมยงค์ วรณทนา ศุภสีมานนท์ วรณิ เตียวอัครศ	41
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาในวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ ปิยธิดา อุประ สุภัญญา มารสินธุ์	57
• ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาล บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล ปวีดา โพธิ์ทอง สุพิตรา จันทร์สุวรรณ สุนทร ชะชาตย์ เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์	73
• การปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยเรียนของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ชนทอง สุขพ่อง พิชรินทร์ พูลทวี	88
• ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดต่อความรู้และการใช้ ยาฝังคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด จารุวรรณ ท่าม่วง วรณทนา ศุภสีมานนท์ วรณิ เตียวอัครศ	104



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563 Vol. 31 No. 2 July - December 2020

ส า ร บ ั ญ

	หน้า
<ul style="list-style-type: none"> • สุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย <ul style="list-style-type: none"> ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ มณฑุเชษฐ์ มะโนธรรม พิชรา ก้อยชูสกุล วรัญญา มณีนริตน์ จุฑามาศ เมืองมูล วารุณี พันธวงศ์ • การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้้วนไตและอาการเตือนของโรคนี้้วนไต และอำนาจการทำนายปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้้วนไตในผู้ป่วยโรคนี้้วนไตและกลุ่มเปรียบเทียบ <ul style="list-style-type: none"> สุนทรา เลี้ยงชวงวงศ์ • ความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> ไพไลพร สุขเจริญ จิตภา พลรักษ์ สกัทกร เพชรสุข • ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคตัด่าต่อขึ้นชีตต่อภาวะอ้วนลงพุงของพนักงานสถานประกอบการขนาดใหญ่เขตพื้นที่ภาคตะวันออก <ul style="list-style-type: none"> กัพรดา ประสิทธิ์แพทย์ กุหลาบ รัตนสังธรรม อนามัย เทศกะทัก สิงชัย เมธพัฒน์ • ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา <ul style="list-style-type: none"> พิมพ์รัตน โทกุล โสภินา แสงอ่อน พิชรินทร์ นินทจันทร์ 	<p>123</p> <p>138</p> <p>158</p> <p>171</p> <p>187</p>
บทความวิชาการ	
<ul style="list-style-type: none"> • การเสริมสร้างความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ <ul style="list-style-type: none"> มาลีวัล เลิศสาครศิริ มาลินี บันดี วิลาวัณย์ เพ็งพานิช • การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพในประชากรก่อนวัยสูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> มุลลินท์ แปงศิริ ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร • บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม <ul style="list-style-type: none"> กชกร ฉายากุล พรพิภตร์ ชมกลาง 	<p>201</p> <p>213</p> <p>224</p>



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563 Vol. 31 No. 2 July - December 2020

ส า ร บ ณ

	หน้า
• การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจในการลดการบริโภค เครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลในวัยรุ่น วิลาสินี หงสนันนกัน นิทรา กิจธระวุฒิมังษ์	240
• บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลป้องกันโรคฟันผุสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน สุภา คำมะฤทธิ์	257
• การปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยุทธนา แยกคาย ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์	269
• การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น: แนวทางการป้องกันและเฝ้าระวัง อรทัย ปานเพชร ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์	280
• การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง จันจิรา หินขาว ผกามาศ พิมพ์ธารา บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์	293
บทความพิเศษ	
• ประสบการณ์ของนักศึกษาจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาล วันศิรา ชันทอง	306

บรรณาธิการกลาง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัย ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระ เกี่ยวกับการเสริมสร้างความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จ ใหม้ การเตรียมประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจในการลดการบริโภคเครื่องดื่ม รสหวานที่มีน้ำตาล บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลป้องกันโรคฟันผุ การปฏิบัติตามตาม บทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แนวทางการป้องกันและเฝ้าระวัง การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น และการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง สำหรับบทความพิเศษนั้น นำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ของนักศึกษาจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำ วารสารมุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมอง ต่างๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารตระหนักดีว่า องค์กรความรู้ด้านต่างๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข เช่นเคย หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความ พิเศษ ในวารสาร ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบน ของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิศร เจริญกิจ
บรรณาธิการ

การทำหน้าที่ของครอบครัวและการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น*

Family Function and Internet Addiction among Early Adolescents*

ณัฐศรัณย์ กิตศิริ, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)¹

Nattasaran Kitisri, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ค.ด. (จิตวิทยาการศึกษา)²

สมบัติ สุกุลพรรณ, ป.ศ. (หลักสูตรและการสอน)³

Darawan Thapinta, Ph.D. (Educational Psychology)²

Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction)³

Received: June 28, 2019 Revised: October 13, 2020 Accepted: November 12, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนต้นที่มีอายุ 12-15 ปี กำลังศึกษาในโรงเรียน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 430 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการดูแลที่มีสื่ออินเทอร์เน็ต มีค่าความเชื่อมั่น .82 และแบบประเมินการติดอินเทอร์เน็ตฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .89 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) Email: nattasrankitisri@gmail.com

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

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

ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการติดอินเทอร์เน็ต ในวัยรุ่นตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .150, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลวัยรุ่นควรเฝ้าระวังการติดอินเทอร์เน็ตและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม และส่งเสริมให้วัยรุ่นมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดียิ่งขึ้น เพื่อลดปัญหาการติดอินเทอร์เน็ต

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ของครอบครัว การติดอินเทอร์เน็ต วัยรุ่นตอนต้น

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship between family function and internet addiction among early adolescents. The samples consisted of 430 early adolescents aged 12–15 years, studying at schools in Chiang Mai Province. The research instruments consisted of the demographic questionnaire, the Chulalongkorn Family Inventory with the reliability of .82, and the Internet Addiction Test with the reliability of .89. Data were collected from January to March, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that family function was positively statistically significant related to internet addiction among early adolescents ($r_s = .150, p < .05$).

This research suggests that nurses and related personnel working with adolescents should monitor adolescents' internet addiction and give an appropriate assistance as well as promote the family functions among adolescents in order to reduce the internet addiction problem.

Keywords: Family function, Internet addiction, Early adolescent

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบันที่มุ่งสู่สังคมแบบดิจิทัลส่งผลต่อการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นจากประชากรทั่วโลกจำนวน 7.60 พันล้านคน พบการติดอินเทอร์เน็ตร้อยละ 1-18.70 (Pontes, Kuss, & Griffiths, 2015) เมื่อแบ่งออกเป็นทวีปพบว่าทวีปเอเชียมีจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 48.70 รองลงมา ได้แก่ ทวีปยุโรป แอฟริกา ออสเตรเลีย และอเมริกาเหนือ คิดเป็นร้อยละ 17, 10.90, 3.2-4 และ 1.20-13 ตามลำดับ (Internet World Stats, 2018; Ryan, 2015) ส่วนประเทศไทยมีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ต 57 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 82.40 โดยคิดจากบัญชีเฟซบุ๊กและบัญชีอื่น ๆ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่มีจำนวนมาก (Internet World Stats, 2018) สำหรับวัยรุ่นที่มีอายุ 13-16 ปี มีการติดอินเทอร์เน็ตร้อยละ 62 โดยประเทศที่มีวัยรุ่นติดอินเทอร์เน็ตสูงสุด คือ ประเทศเกาหลี คิดเป็นร้อยละ 84 รองลงมา คือ ประเทศจีน คิดเป็นร้อยละ 41 (Mak et al., 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นตอนต้นที่มีอายุ 12-15 ปี มีการติดอินเทอร์เน็ตร้อยละ 26.50 (Wu et al., 2016) และร้อยละ 19.90 (Xin et al., 2017) โดยเพศหญิงมีการติดเกมออนไลน์มากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 18.90 และ 7.40 ตามลำดับ (ธานินทร์ สุทธิประเสริฐ และคณะ, 2561)

การติดอินเทอร์เน็ต หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกถึงการหมกมุ่นกับอินเทอร์เน็ต ไม่สามารถควบคุมเวลาเล่นอินเทอร์เน็ตได้ มีลักษณะเช่นเดียวกับการเสพติดสารเสพติด แอลกอฮอล์ และการติดการพนัน ผู้ติดจะมีความต้องการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น มีอาการกระวนกระวาย หงุดหงิด ส่งผลต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง (Young, 1998) จากการทบทวนวรรณกรรม พบสถิติการติดอินเทอร์เน็ตในช่วงอายุ 12-15 ปี ซึ่ง

เป็นวัยรุ่นตอนต้นในระดับมัธยมศึกษา (Mak et al., 2014; Wu et al., 2016) และมีความเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว เนื่องจากเป็นวัยเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่น จึงมีผลต่อความอยากสู้อยากลองใช้อินเทอร์เน็ต (Santrock, 2014)

การติดอินเทอร์เน็ตส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาหลายด้าน (Young, 1998) ได้แก่ 1) ปัญหาทางร่างกาย ทำให้การนอนหลับลดลง เกิดอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง อาการปวดหลัง และอาการปวดตา 2) ปัญหาทางสุขภาพจิต ทำให้มีอาการซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน อาการหงุดหงิดง่าย และสมาธิสั้น 3) ปัญหาทางครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์ของคนใกล้ชิดในครอบครัวลดลง มีกิจกรรมร่วมกันลดลง 4) ปัญหาทางการศึกษา ส่งผลให้ประสิทธิภาพการเรียนลดลง นักเรียนใช้อินเทอร์เน็ตในการสนทนา ทำให้ไม่สนใจในการเรียน ไม่เข้าเรียน และ 5) ปัญหาทางอาชีพ ส่งผลให้บุคคลไม่สนใจการทำงาน เสียเวลาในการทำงาน ทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งหากไม่สามารถจัดการกับการติดอินเทอร์เน็ตที่เหมาะสม มีโอกาสจะเกิดผลกระทบดังกล่าวได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นมีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านสังคมศาสตร์ ปัจจัยด้านการใช้อินเทอร์เน็ต ปัจจัยด้านจิตสังคม (Kuss, Griffiths, Karila, & Billieux, 2014) แต่ปัจจัยที่น่าจะปรับได้ คือ ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของครอบครัว (Pontes et al., 2015) จากการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในครอบครัวและการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นพบว่า การติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นมาจากความไม่พึงพอใจในครอบครัว (Telef, 2016) ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในครอบครัวและการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นการเพิ่มศักยภาพของการทำหน้าที่ของครอบครัว (Epstein, Bishop, Ryan, Miller,

& Keitner, 1993) เช่น การให้คำแนะนำของ บิดามารดาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต การสื่อสารของบิดามารดาที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ต (Kuss et al., 2014) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยในครอบครัวและการติดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นพบว่า ครอบครัวที่ยากจน ครอบครัวที่มีความขัดแย้ง และความล้มเหลว ในการทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น (Wu et al., 2016) จะเห็นว่า การติดอินเทอร์เน็ตมีความเกี่ยวข้องกับ การทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของสมาชิกทุกคนในครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม หากสมาชิกสามารถทำหน้าที่ทั้ง 6 ด้าน ได้ดี ย่อมนำไปสู่การทำหน้าที่ของครอบครัวที่สมบูรณ์ ครอบครัวที่เข้มแข็ง และการมีสุขภาพจิตที่ดี (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983) หากการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่สมบูรณ์ ย่อมส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้วัยรุ่นหลบหนีความจริงไปอยู่ในโลกเสมือนจริงในอินเทอร์เน็ต (Young, 1998)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของบุญญรัตน์ นทีสถิตย์ธาร (2559) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและผลกระทบในการใช้อินเทอร์เน็ต ประกอบการเรียนของโรงเรียนแห่งหนึ่ง พบว่า ระยะเวลาการใช้งานอินเทอร์เน็ตมากกว่าเดือนละครั้ง มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกัน และการทำกิจกรรมกับครอบครัว ส่วนการศึกษาของ Gunuc and Dogan (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งสนับสนุนทางสังคม

และกิจกรรมในครอบครัว กับ การติดอินเทอร์เน็ต ของวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษา พบว่า กิจกรรมในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการติดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นหญิง พบว่า การติดอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว (Habibi, Danesh, & Mazandarani, 2015)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่น และยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย ซึ่งความแตกต่างของบริบททางวัฒนธรรมส่งผลต่อทัศนคติและความเชื่อ ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตจากคนในสังคมมากขึ้น โดยค่านิยมของคนในครอบครัวของวัยรุ่นที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตไปสู่วัยรุ่นในครอบครัวเดียวกันและภายนอกครอบครัวได้ (Xin et al., 2017) ประกอบกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบ ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวและการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น เพื่อให้การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวและการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น

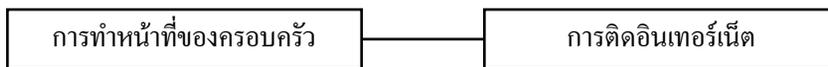
สมมติฐานการวิจัย

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ McMaster (McMaster Model of Family Function) (Epstein et al., 1983) ซึ่งอธิบายว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของสมาชิกทุกคนที่ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม โดยมี

ความเกี่ยวข้องกันและส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของวัยรุ่น เมื่อครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่องในแต่ละด้าน เช่น เกิดความขัดแย้งของสมาชิก มีการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ เกิดการทะเลาะ ไม่เอาใจใส่ วัยรุ่นต้องเผชิญปัญหาด้วยตนเอง เกิดความกระทบกระเทือนทางจิตใจ เมื่อเวลานานขึ้น โดยไม่ได้รับการแก้ไข สิ่งเหล่านี้อาจทำให้วัยรุ่น หลบหนีความจริงไปอยู่ในโลกเสมือนจริง คือ การติดอินเทอร์เน็ต เพราะอินเทอร์เน็ตมีเรื่องราวที่ช่วยในการระบายอารมณ์ มีสิ่งผ่อนคลายอารมณ์ เพื่อหาทางออกของปัญหาต่างๆ เกิดความสุขและลืมความทุกข์ไปชั่วขณะ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นวัยรุ่นตอนต้นที่มีอายุ 12-15 ปี กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอรอบนอกจังหวัดเชียงใหม่ (จำนวน 25 แห่ง) ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 18,969 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีการใช้งานอินเทอร์เน็ต 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ได้รับการยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง และ

4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 430 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบชั้นภูมิ โดยสุ่มโรงเรียนจำนวน 8 แห่ง (อัตราส่วน 3:1) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) แล้วสุ่มตัวอย่างชั้นปีละ 1 ห้องเรียน จากนั้นในแต่ละ 1 ห้องเรียน ทำการจับฉลากเลขประจำตัวนักเรียนตามสัดส่วนประชากรเพศชายและเพศหญิง

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ค่าใช้จ่ายต่อเดือน จำนวน

สมาชิกในครอบครัว ผู้ที่พักอาศัยในครอบครัว ระยะ เวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อวัน และวัตถุประสงค์ การใช้อินเทอร์เน็ต จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินจุฬาลงกรณ์แฟมมิลี่ อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory [CFI]) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2554) ที่พัฒนา ขึ้นโดยดัดแปลงจาก the Family Assessment Device ของ Epstein et al. ปี ค.ศ. 1983 แบ่งออก เป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา จำนวน 6 ข้อ ด้านการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ด้านบทบาท จำนวน 3 ข้อ ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้าน การควบคุมพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ และด้าน การทำหน้าที่ทั่วไป (เพิ่มด้านนี้เพื่อให้เหมาะสม กับบริบทของครอบครัวไทย) จำนวน 8 ข้อ รวม จำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทาง บวก จำนวน 24 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณ ค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทาง บวก ได้แก่ ไม่ตรงเลย ตรงเล็กน้อย ตรงปานกลาง และตรงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนน ในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ การทำหน้าที่ ในระดับไม่ดี (1-1.49 คะแนน) ในระดับดีเล็กน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับดีพอสมควร (2.50- 3.49 คะแนน) และในระดับดีมาก (3.50-4 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินการติดอินเทอร์เน็ต ฉบับภาษาไทย (Internet Addiction Test) ของ สุภทัต แดงเครื่อง (2555) ที่แปลและดัดแปลงจาก แบบประเมินการติดอินเทอร์เน็ตฉบับภาษาอังกฤษ ของ Young ปี ค.ศ. 1998 จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง

บ่อยครั้ง และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เป็นผู้ใช้งานทั่วไป (moderate users) (20-39 คะแนน) เป็นผู้ใช้งาน กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดอินเทอร์เน็ต (possible addicts) (40-69 คะแนน) และเป็นผู้ใช้งานที่มีการติดอินเทอร์เน็ต (addicts) (70-100 คะแนน) สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินจุฬาลงกรณ์แฟมมิลี่อินเวนทอรี และแบบประเมินการติดอินเทอร์เน็ตฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วย วิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .82 และ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 005/ 2019 วันที่ 15 มกราคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บ รวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอ ข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 8 แห่ง สัมภาษณ์ผู้อำนวยการและอาจารย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการทำหน้าที่ของครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการติดอินเทอร์เน็ต วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการติดอินเทอร์เน็ต วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นตอนต้น พบว่าวัยรุ่นตอนต้นเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53 มีอายุเฉลี่ย 14 ปี ($SD = .91$) กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.40 มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.60 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน คิดเป็นร้อยละ 71.60 อาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 67.20 ระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อวัน กลุ่มผู้ใช้งานทั่วไป และกลุ่มผู้ใช้งานกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดอินเทอร์เน็ต เท่ากับ 7 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มผู้ใช้งานที่มีการติดอินเทอร์เน็ต เท่ากับ 9 ชั่วโมง และวัตถุประสงค์การใช้อินเทอร์เน็ต ส่วนใหญ่มีการใช้ในการดูหนังดูทีวี และฟังเพลงออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 89.30

2. การทำหน้าที่ของครอบครัวในวัยรุ่นตอนต้น พบว่า วัยรุ่นตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมในระดับดีเล็กน้อย ($M = 2.18, SD = .32$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า วัยรุ่นตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านในระดับดีเล็กน้อย โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านบทบาท และด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ($M = 2.35, SD = .46$ และ $M = 2.35, SD = .36$ ตามลำดับ) รองลงมา ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ($M = 2.26, SD = .49$) ด้านการควบคุมพฤติกรรม ($M = 2.20, SD = .51$) ด้านการแก้ปัญหา ($M = 2.19, SD = .49$) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ($M = 2.16, SD = .56$) และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ($M = 1.97, SD = .56$) ตามลำดับ

3. การติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น พบว่าวัยรุ่นตอนต้นอยู่ในกลุ่มผู้ใช้งานที่มีการติดอินเทอร์เน็ต และกลุ่มผู้ใช้งานกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดอินเทอร์เน็ต มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.10 เท่ากัน รองลงมา คือ กลุ่มผู้ใช้งานทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 9.80

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .150, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นตอนต้น ($n = 430$)

ตัวแปร	การติดอินเทอร์เน็ต	
	r_s	p
การทำหน้าที่ของครอบครัว	.150	.043

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมและรายด้านในระดับดีเล็กน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายต่อเดือน ครอบครัวที่มีบุตรอยู่ในช่วงวัยรุ่น และครอบครัวที่ขาดสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นตอนต้นมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 51.60) เมื่อเกิดความขัดสนด้านค่าใช้จ่ายย่อมสะท้อนถึงความ เป็นอยู่ในครอบครัวที่เป็นทุกข์ (ญบศรี สมุทรจักร, ชีรณู ก้อนแก้ว, และริฎวัน อุเต็น, 2560) โดยวัยรุ่นตอนต้นมีอายุ 12-15 ปี ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน หากความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความตึงเครียดสูง และวัยรุ่นไม่เชื่อฟัง บิดามารดา ถือว่าครอบครัวกำลังเข้าสู่ระยะวิกฤต (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) และพบว่า วัยรุ่นตอนต้นบางส่วนไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา ซึ่งครอบครัวที่ขาดสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นในด้านสภาวะจิตใจ การควบคุมอารมณ์ และความสัมพันธ์ในครอบครัว (Farrington, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Xin et al. (2017) ที่พบว่า วัยรุ่นที่ใช้อินเทอร์เน็ตโดยมีกิจกรรมบนโลกออนไลน์ การสนทนาออนไลน์ จะพบความสัมพันธ์ภายในครอบครัวบกพร่อง

ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นตอนต้นอยู่ในกลุ่มผู้ใช้งานที่มีการติดอินเทอร์เน็ต และกลุ่มผู้ใช้งานกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดอินเทอร์เน็ต มากที่สุด (ร้อยละ 45.10 เท่ากัน) และกลุ่มผู้ใช้งานทั่วไป (ร้อยละ 9.80) โดยเพศหญิงติดอินเทอร์เน็ตมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 52.06 และ 47.94 ตามลำดับ) ซึ่งการที่เพศหญิงติดอินเทอร์เน็ตมากกว่าเพศชายนั้น ตาม

แนวคิดแรงจูงใจภายในตนเองเชื่อว่า ผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ต ต้องการความรัก การดูแล และความเอาใจใส่จากคนรอบข้างมาก เช่นเดียวกับเพศหญิง (Chak & Leung, 2004) ส่วนแนวคิดด้านจิตใจและบุคลิกภาพ ได้อธิบายถึงการติดอินเทอร์เน็ตไว้ว่าเกิดจากบุคลิกภาพชอบแข่งขัน ชอบความท้าทาย ชอบความสนุกสนาน โดยมักพบการติดเกมส์ ส่วนผู้ที่ติดสื่อสังคมมักเป็นผู้ที่ต้องการมีเพื่อนและต้องการการยอมรับ (Kuss et al., 2014) สำหรับแนวคิดด้านพฤติกรรมเชื่อว่า การติดอินเทอร์เน็ตมาจากการเรียนรู้ว่าสิ่งที่ทำอยู่แล้วได้รับการเสริมแรงทางบวก ยิ่งได้รับแรงเสริมทางบวกมากก็จะแสดงพฤติกรรมออกมามาก เช่นเดียวกับการเรียนรู้ว่าอินเทอร์เน็ตคือแรงเสริมทำให้เกิดความผ่อนคลาย วัยรุ่นจะหันกลับไปใช้เมื่อต้องการและใช้มากขึ้นจนก่อให้เกิดการติดอินเทอร์เน็ต (ผจงจิต ผาภูมิ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mak et al. (2014) ที่พบว่า วัยรุ่นทั่วทวีปเอเชียที่มีอายุ 13-16 ปี มีการติดอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 62 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Xin et al. (2017) ที่พบว่า วัยรุ่นหญิงมีสัดส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตและการติดอินเทอร์เน็ตมากกว่าวัยรุ่นชาย ทั้งนี้ แนวคิดแรงจูงใจภายในตนเองของวัยรุ่นเชื่อว่า การติดอินเทอร์เน็ตเป็นการตอบสนองด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและตอบสนองด้านความมีอิสระในการตัดสินใจและด้านศักยภาพ (Chak & Leung, 2004) ซึ่งการเล่นเกมส์ออนไลน์เป็นการตอบสนองต่อการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเกมส์ออนไลน์กับผู้อื่น และการที่สามารถเอาชนะคู่แข่งได้จะตอบสนองด้านศักยภาพของวัยรุ่น (Wong, Yuen, & Li, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bonnaire and Phan (2017) ที่พบว่า วัยรุ่นตอนต้นใช้อินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับความบันเทิง เช่น การเล่นเกมส์ออนไลน์ การฟังเพลง มากที่สุด เพื่อเป็นการแสดง

ถึงศักยภาพและการยอมรับ

ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการติดอินเทอร์เน็ต ในวัยรุ่นตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมในระดับดีเล็กน้อย ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลในครอบครัวยังสามารถทำหน้าที่ด้วยการแก้ปัญหาในครอบครัว การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป ได้ดีเพียงเล็กน้อย แสดงถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ทั้งหมด ครอบครัวยังไม่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารที่ดี มีความสัมพันธ์ที่เห็นห่าง ไม่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ที่เพียงพอ สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น (Epstein et al., 1983) สอดคล้องกับการศึกษาของ Habibi et al. (2015) ที่พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการติดอินเทอร์เน็ต และวัยรุ่นมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ ซึ่งทำหน้าที่ได้ดีเพียงบางด้านนั้น สามารถพบการติดอินเทอร์เน็ตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tao and Lanjun (2004) ที่พบว่า การติดอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับครอบครัววัยรุ่นที่มีการลงโทษ วัยรุ่นที่ไม่เชื่อฟัง คำสั่งสอน ทั้งนี้ แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้อธิบายว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นความสามารถของสมาชิกในการช่วยเหลือกันในทุก ๆ ด้าน มีอิทธิพลต่อสมาชิกทุกคน มีการส่งผ่านและควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกทุกคนในครอบครัว (Epstein et al., 1983) หากการทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ย่อมมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก ซึ่งการติดอินเทอร์เน็ตเป็นพฤติกรรมที่มากเกินไป ไม่สามารถควบคุมตนเองในการหยุดเล่น ทำให้มีผลกระทบทางจิตใจ

ต่อวัยรุ่น และเป็นสิ่งกระตุ้นให้วัยรุ่นหลบหนีความจริง ไปอยู่ในโลกเสมือนจริง คือ การติดอินเทอร์เน็ต (Young, 1998)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลวัยรุ่น ควรเฝ้าระวังการติดอินเทอร์เน็ตและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อป้องกันผลกระทบที่ตามมา และส่งเสริมให้วัยรุ่นมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดียิ่งขึ้น เพื่อลดปัญหาการติดอินเทอร์เน็ต รวมทั้งควรให้ความรู้แก่ผู้ปกครองถึงผลกระทบของการติดอินเทอร์เน็ตและวิธีควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นให้เหมาะสม เพื่อป้องกันปัญหาการติดอินเทอร์เน็ต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่น เช่น การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

ธานินทร์ สุธิประเสริฐ, ธนพร ศักดิ์ศรีสนอง, สุรีย์พร เต๊ะคอเอะ, วัชรินทร์ โกมลมาลัย, สุวัฒนา เกิดม่วง, สุนิสา จันทรแสง, และศักดิ์กร สุวรรณเจริญ. (2561). พฤติกรรมการเล่นเกมและการติดเกมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(1), 68-76. บุญญรัตน์ นทีสถิตย์ธาร. (2559). *พฤติกรรมและผลกระทบในการใช้อินเทอร์เน็ตประกอบการเรียนของโรงเรียนสิงห์บุรี* (การค้นคว้าอิสระปริญญาโท). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ผจงจิต ผาภูมิ. (2546). การติดคอมพิวเตอร์/ อินเทอร์เน็ต และแนวทางการป้องกัน แก้ไข. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(1), 41-54.
- ภูษศรี สมุทรจักร, ชีรนุช ก้อนแก้ว, และวิภูวัน อุเด็น. (2560). *ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัทธ แดงเครื่อง. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตกับความเหงาและทักษะทางสังคมของวัยรุ่น: กรณีศึกษานักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตภาคเหนือตอนบน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ชันต่ำการพิมพ์.
- Bonnaire, C., & Phan, O. (2017). Relationships between parental attitudes, family functioning and internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry Research*, 255, 104-110.
- Chak, K., & Leung, L. (2004). Shyness and locus of control as predictors of internet addiction and internet use. *Cyberpsychology & Behavior*, 7(5), 559-570.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Epstein, N. B., Bishop, D., Ryan, C., Miller, I. W., & Keitner, G. I. (1993). The McMaster model view of healthy family functioning. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 138-160). New York: Guilford.
- Farrington, D. P. (1995). The development of offending and antisocial behaviour from childhood: Key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 929-964.
- Gunuc, S., & Dogan, A. (2013). The relationships between Turkish adolescents' internet addiction, their perceived social support and family activities. *Computers in Human Behavior*, 29(6), 2197-2207.
- Habibi, A., Danesh, P., & Mazandarani, M. J. Z. (2015). The relationship of family function with internet addiction among girl high school students in Malard. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(4), 215-222.
- Internet World Stats. (2018). *Internet worldstats usage and population statistics*. Retrieved from <https://www.internetworldstats.com>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

- Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Karila, L., & Billieux, J. (2014). Internet addiction: A systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design, 20*(25), 4026–4052.
- Mak, K. K., Lai, C. M., Watanabe, H., Kim, D. I., Bahar, N., Ramos, M., ... Cheng, C. (2014). Epidemiology of internet behaviors and addiction among adolescents in six Asian countries. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 17*(11), 720–728.
- Pontes, H. M., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2015). Clinical psychology of internet addiction: A review of its conceptualization, prevalence, neuronal processes, and implications for treatment. *Neuroscience & Neuroeconomics, 4*, 11–23.
- Ryan, T. A. (2015). *Facebook addiction: An exploratory study using mixed methods* (Doctoral dissertation). Royal Melbourne Institute of Technology.
- Santrock, J. W. (2014). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill Education.
- Tao, L., & Lanjun, Z. (2004). How college students' internet addiction are related to parental rearing patterns. *Psychological Science (China), 27*(3), 662–663.
- Telef, B. B. (2016). Investigating the relationship among internet addiction, positive and negative affects, and life satisfaction in Turkish adolescents. *International Journal of Progressive Education, 12*(1), 128–135.
- Wong, T. Y., Yuen, K. S. L., & Li, W. O. (2015). A basic need theory approach to problematic internet use and the mediating effect of psychological distress. *Frontiers in Psychology, 5*, 1562.
- Wu, C. S. T., Wong, H. T., Yu, K. F., Fok, K. W., Yeung, S. M., Lam, C. H., & Liu, K. M. (2016). Parenting approaches, family functionality, and internet addiction among Hong Kong adolescents. *BMC Pediatrics, 16*(1), 130.
- Xin, M., Xing, J., Pengfei, W., Houru, L., Mengcheng, W., & Hong, Z. (2017). Online activities, prevalence of internet addiction and risk factors related to family and school among adolescents in China. *Addictive Behaviors Reports, 7*, 14–18.
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior, 1*(3), 237–244.

รายงานการวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ:แห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*

The Effects of Self-efficacy Promoting Program on Perceived Self-efficacy and Outcome Expectation of Rehabilitation for Persons with Mobility Disability among Village Health Volunteers*

สิริพัชรีย์ญา ตะวังทัน, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹

Siripuschareeya Tawangtan, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)¹

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

สมสมัย รัตนกรัทกุล, ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)³

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

Somsamai Rattanagerethakul, Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Received: September 1, 2020 Revised: November 25, 2020 Accepted: November 26, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

¹ มหำบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: lawang@go.buu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

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

ทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในอำเภอทอง จังหวัดชลบุรี จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน คู่มือการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ตัวแบบที่มีชีวิต แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีค่าความเชื่อมั่น .99 และแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีค่าความเชื่อมั่น .99 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง และค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.840, p < .001$ และ $t = 20.430, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรประยุกต์โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนนี้ในการพัฒนาบทบาทด้านการฟื้นฟูของ อสม. เพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. ซึ่งจะส่งผลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ คนพิการทางการเคลื่อนไหว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of self-efficacy promoting program on perceived self-efficacy and outcome expectation of rehabilitation for persons with mobility disability among village health volunteers (VHVs). The participants consisted of 60 VHVs who worked in Bo-Thong District, Chonburi Province and were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments included the self-efficacy promoting program, the handbook of rehabilitation for persons with mobility disability, the persons with

mobility disability competencies assessment form, the role models, the demographic questionnaire, the perceived self-efficacy of rehabilitation for persons with mobility disability questionnaire with the reliability of .99, and the outcome expectation of rehabilitation for persons with mobility disability questionnaire with the reliability of .99. The implementation and data collection were conducted from March to April, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and independent *t*-test.

The research results revealed that the experimental group had statistically significant higher mean different scores of perceived self-efficacy and outcome expectation of rehabilitation for persons with mobility disability than those of the control group ($t = 14.840, p < .001$ and $t = 20.430, p < .001$, respectively).

This research suggests that nurses and other personnel should apply this self-efficacy promoting program as a guideline for improving a rehabilitation assistant role of VHVs to enhance the perceived self-efficacy and the outcome expectation of rehabilitation for persons with disability, in order to improve quality of life among persons with disability.

Keywords: Self-efficacy promoting program, Perceived self-efficacy, Outcome expectation, Persons with mobility disability, Village health volunteer

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความพิการเป็นภาวะที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว การเห็น การได้ยิน การเรียนรู้สติปัญญา ทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม หรือความบกพร่องอื่น ๆ ความพิการจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ต้องการ แต่ที่ผ่านมามีคนพิการกลับมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2013) รายงานว่า ในปี ค.ศ. 1970 มีคนพิการทั่วโลกเพียงร้อยละ 10 และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2010 สำหรับประเทศไทย

พบว่าคนไทยที่ได้รับการจดทะเบียนเป็นคนพิการ และยังมีชีวิตอยู่ (ณ วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2560) จำนวน 1,800,499 คน โดยเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมากถึงร้อยละ 48.63 ของคนพิการทั้งหมด (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560) โดยความพิการส่วนใหญ่เป็นความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง อันมีสาเหตุมาจากความสูงอายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุ (WHO, 2013) ทั้งนี้ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญกับคนพิการ โดยเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ความพิการทางการเคลื่อนไหวส่งผลให้บุคคล

มีข้อจำกัดในการดำรงชีวิต บางครั้งต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงอาจรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง มองคุณค่าตัวเองต่ำ ปิดกั้นตัวเองจากสังคม รวมถึงปฏิเสธการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ความพิการรุนแรงมากขึ้นจนเกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตลดลง จนเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (พรนภา เจริญสันต์, รัชณี สรรเสริญ, และชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, 2553; สยามชัย ถ้ำกลาง และสมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2557) นอกจากนี้ ความพิการยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลคนพิการ ขาดโอกาสในการหารายได้ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ในขณะที่เดียวกัน รัฐต้องจัดสรรทรัพยากรทั้งคนและงบประมาณจำนวนมากในการช่วยเหลือคนพิการ (รัชณี สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, และวรรณรัตน์ ลาวัง, 2557) ดังนั้น การดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

การมีสิทธิได้รับสวัสดิการ การเข้าถึงบริการ การฟื้นฟูสมรรถภาพและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน จนสามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคม ถือเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่คนไทยที่มีความพิการทุกคนต้องได้รับ ประเทศไทยจึงกำหนดนโยบายการเสริมพลังคนพิการให้มีศักยภาพและความเข้มแข็ง (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2560) โดยเน้นการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และดูแลคนพิการระยะยาว บนพื้นฐานแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน (community-based rehabilitations [CBR]) โดยเชื่อมโยงเครือข่ายทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยเฉพาะเครือข่ายที่ใกล้ชิดกับคนพิการ ได้แก่ 1) ครอบครัวของคนพิการ 2) ทีมสุขภาพเชิงรุกจากหน่วยบริการสุขภาพ

และ 3) ทีมหุ้นส่วนในชุมชน (จิรพรรณ โพธิ์ทอง, อารณย์ ดินาน, และรัชณี สรรเสริญ, 2554) ซึ่งที่ผ่านมามีพบว่า เครือข่ายเหล่านี้มีข้อจำกัด เช่น สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาด้านสุขภาพ การทำงาน หรือเศรษฐกิจ ส่วนทีมสุขภาพเชิงรุกก็มีจำนวนจำกัด และมีภาระงานต่างๆ ทำให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่เต็มที่และไม่ต่อเนื่อง (รัชณี สรรเสริญ, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, สมพร รักความสุข, วรรณรัตน์ ลาวัง, และเบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, 2555) จากข้อมูลข้างต้น รัฐจึงสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมากขึ้น ร่วมกับประสานงานระหว่างคนพิการ ครอบครัว ทีมสุขภาพเชิงรุก และทีมหุ้นส่วนในชุมชน จนอาจกล่าวได้ว่า อสม. เป็นหนึ่งใน “ฟันเฟือง” ที่สำคัญในการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน

บทบาทของ อสม. ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน ที่กำหนดโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2557) มี 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหาและประเมินปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูลคนพิการ 3) ด้านการจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพ การประสานงาน และการส่งต่อ 4) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ 6) ด้านการประเมินผลความก้าวหน้าและผลการดำเนินการ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อสม. เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดังกล่าวในระดับปานกลาง (พรชูลิ จันทรแก้ว, 2555; วันเพ็ญ สันธิ์ทิม และช่อทิพย์ บรรณรัตน์, 2554) และปฏิบัติตามบทบาทได้ในระดับปานกลางเช่นกัน (พิมพ์วรรณ เรืองพุทธ และวรัญญา จิตรบรรทัด, 2556; ภิญญา จำปาศรี, สมสมัย รัตนกริธากุล, และวรรณรัตน์ ลาวัง, 2560) โดยปัจจัยที่ทำให้ยังปฏิบัติบทบาทได้ไม่เต็มที่ คือ ขาดการรับรู้บทบาทหน้าที่ ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน

ไม่ได้รับการฝึกอบรม ขาดปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน และขาดการสนับสนุนจากสังคม (พรชูลี จันทร์แก้ว, 2555; ภิรญา จำปาศรี และคณะ, 2560; วันเพ็ญจ สันธิทิม และช่อทิพย์ บรมชนรัตน์, 2554) จาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมา เป็นการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติ บทบาทของ อสม.ในด้านอื่นๆ แต่ยังไม่พบการศึกษา ใดที่มีการส่งเสริม อสม.ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการโดยตรง ดังนั้น หากมีการส่งเสริมหรือ ช่วยกระตุ้นให้ อสม.มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และเห็นผลลัพธ์ที่ดีของการปฏิบัติงาน จะนำไปสู่ การปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. ที่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี มีคนพิการที่จดทะเบียนและยังมีชีวิตอยู่ (ณ วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2560) จำนวน 422 คน คิดเป็นร้อยละ 1.13 ของ ประชากรทั้งอำเภอ โดยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.39) เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทาง ร่างกาย ทั้งนี้ อำเภอมีนโยบายสนับสนุนการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผ่าน การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ที่ผ่านมาพบว่า อสม. เพียงร้อยละ 14.96 ได้รับการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหว และยังคงขาดความมั่นใจ ในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ (สำนักงานสาธารณสุข อำเภอบ่อทอง, 2560) ดังนั้น การพัฒนากลวิธีที่ ส่งเสริมให้ อสม.เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาท การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจึงมีความจำเป็น อย่างยิ่ง

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาล ที่มีบทบาทในการสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ จึงสนใจทำการศึกษาผลของโปรแกรม ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถ ของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของ อสม.

ในอำเภอบ่อทอง โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน (Self-efficacy Theory) ของ Bandura (1997) ทั้งนี้ ผู้วิจัยคาดหวังว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีกลวิธี ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาการปฏิบัติบทบาท การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของ อสม.ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของความคาดหวัง ในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทาง การเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

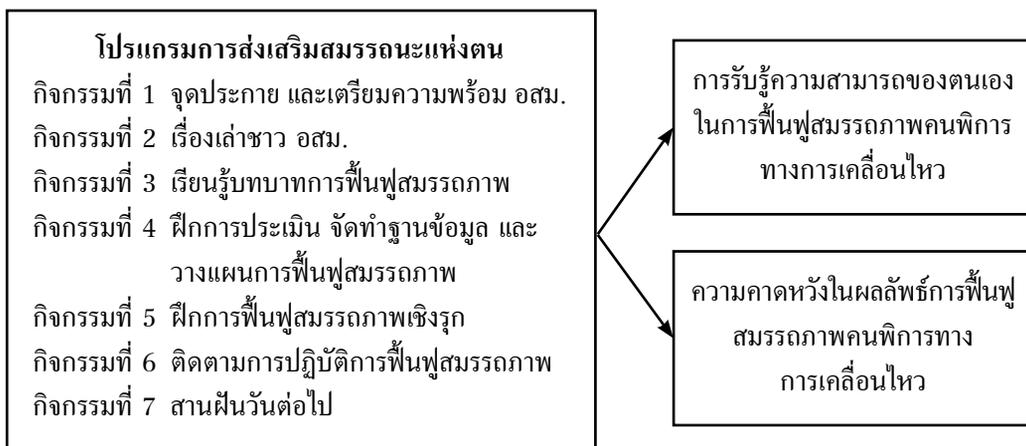
1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนน ความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ในการพัฒนา โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่ง Bandura อธิบายว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือไม่ นั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะของตนเองว่ามี

ความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์จะมีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติสูง จะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรม พึงพอใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์การเรียนรู้ 4 วิธี จากทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาใช้ในโปรแกรม ได้แก่ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ตนเองประสบความสำเร็จ 2) การเรียนรู้ประสบการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ประสบ

ความสำเร็จจากตัวแบบ 3) การพูดชักจูงให้คล้อยตาม การให้กำลังใจ การให้ข้อมูล การแนะนำและสะท้อนกลับแก่ อสม. และ 4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ของ อสม. จากการเรียนรู้ทั้ง 4 วิธี ผู้วิจัยสรุปเป็น 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) จุดประกาย และเตรียมพร้อม อสม. 2) เรื่องเล่าชาว อสม. 3) เรียนรู้บทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) ฝึกการประเมิน จัดทำฐานข้อมูล และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ 5) ฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก 6) ติดตามการปฏิบัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 7) สานฝันวันต่อไป สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น อสม. ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2560 จำนวน 798 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อทอง, 2560) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

1) มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี 2) ปฏิบัติงานเป็น อสม.อย่างน้อย 1 ปี 3) มีคนพิการทางการเคลื่อนไหว ระดับ 3 ขึ้นไป ในความดูแล 4) สามารถสื่อสาร ภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วน เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วม การวิจัยไม่ครบขั้นตอน และขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 ซึ่งเป็นอิทธิพลขนาดใหญ่ที่อ้างอิงจากการศึกษาของ วิชาการณ สิมศิริวัฒน์, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, และนิสากร กรุงไกรเพชร (2560) เมื่อเปิดตาราง ประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบค่าเฉลี่ย (Polit & Beck, 2012) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวม จำนวน 50 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มี การสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน เลือกรวมตัวอย่างด้วย วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกพื้นที่ศึกษา เป็นตำบล 2 ตำบล (จากจำนวน 6 ตำบล) ด้วยวิธีการ สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ได้ตำบลพลวงทอง และตำบลธาตุทอง จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างใน แต่ละตำบล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก จากทะเบียนรายชื่อ อสม. จำนวนตำบลละ 30 คน แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ได้ อสม. จากตำบลพลวงทองเป็นกลุ่มทดลอง และ อสม.จาก ตำบลธาตุทองเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่ครอบคลุม การเรียนรู้ 4 วิธี ได้แก่ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ตนเองประสบความสำเร็จ 2) การเรียนรู้ประสบการณ์การฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการที่ประสบความสำเร็จจากตัวแบบ 3) การพูดชักจูงให้คล้อยตาม การให้กำลังใจ การให้ ข้อมูล การแนะนำและสะท้อนกลับแก่ อสม. และ 4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ของ อสม.ให้มีความพร้อมด้านร่างกาย ลดความวิตก กังวลและความเครียดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จุดประกาย และ เตรียมพร้อม อสม. ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยใช้ คำพูดชักจูง อสม.ในการทำบทบาท และส่งเสริม สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ของ อสม.ในการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ โดยการคัดกรองสุขภาพ ประเมินความเสี่ยง กระตุ้น ให้คำแนะนำ และให้ กำลังใจ

กิจกรรมที่ 2 เรื่องเล่าชาว อสม. ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยจัดให้ อสม.ได้เรียนรู้ ประสบการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจาก การที่ตนเองประสบความสำเร็จ และจากตัวแบบ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้บทบาทการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้เวลา 6 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยใช้ คำพูดชักจูง ให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแก่ อสม. โดยการอบรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กิจกรรมที่ 4 ฝึกการประเมิน จัดทำฐานข้อมูล และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยใช้คำพูดชักจูง ให้ความรู้ สะท้อนกลับ ให้กำลังใจ และชมเชย อสม.ในการประเมิน จัดทำฐานข้อมูล และจัดทำแผนการฟื้นฟู

กิจกรรมที่ 5 ฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก ใช้เวลา 1 ชั่วโมง (ต่อคนพิการ 1 คน) โดยผู้วิจัยร่วมปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ใช้คำพูดชักจูงให้ความรู้ สะท้อนกลับ ให้กำลังใจ และชมเชย อสม. ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กิจกรรมที่ 6 ติดตามการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้เวลา 10-15 นาที (ต่อ อสม. 1 คน) โดยผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์

กิจกรรมที่ 7 สานฝันวันต่อไป ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยใช้คำพูดให้กำลังใจ ชื่นชมในความสำเร็จ และสร้างความมั่นใจในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพตามบทบาท โดยการทบทวนประสบการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ อภิปราย และสรุปการเรียนรู้

1.2 คู่มือการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน ผู้วิจัยดัดแปลงจากคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (2551) ประกอบด้วย การจัดทำในการนอนและการนึ่ง การบริหารข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ การฝึกเคลื่อนไหวสำหรับคนพิการ การดูแลข้อต่อแขน-ขา การป้องกันและการดูแลคนพิการที่มีแผลกดทับ การดูแลภาวะปวดและบาดเจ็บที่ข้อไหล่ การดูแลคนพิการที่มีภาวะกลืนลำบาก การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลคนพิการด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลการปัสสาวะและอุจจาระ การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม สิทธิที่เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ควรรู้ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

1.3 แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู

สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (2551) สำหรับให้ อสม.ใช้ในการฝึกการประเมินสมรรถภาพคนพิการ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน รวมจำนวนทั้งสิ้น 50 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

1.4 ตัวแบบที่มีชีวิต เป็น อสม.ที่ผ่านการอบรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และประสบความสำเร็จในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำนวน 2 คน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติเป็น อสม.ในพื้นที่ ประสบการณ์ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และการเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอิงตามบทบาทของ อสม.ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนที่กำหนดโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2557) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหาและประเมินปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูลคนพิการ 3) ด้านการจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพ การประสานงาน และการส่งต่อ 4) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ 6) ด้านการประเมินผลความก้าวหน้าและผลการดำเนินการรวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ว่าไม่มั่นใจเลย มั่นใจน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน

แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถ ในระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับสูง (3.67-5 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวัง ในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผลลัพธ์ต่อตัว อสม. ด้านผลลัพธ์ต่อคนพิการและครอบครัว และด้านผลลัพธ์ต่อชุมชน รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่คาดหวังเลย คาดหวังน้อย คาดหวังปานกลาง คาดหวังมาก และคาดหวังมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับสูง (3.67-5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติฟื้นฟู ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (2 คน) และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ทั้ง 2 ชุด ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถฯ และแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ ไปทดลองใช้กับ อสม. จากตำบลวัดสุวรรณ อำเภอ บ่อทอง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของ ครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .99 ทั้ง 2 ชุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 14-01-2561 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในตำบลพลวงทอง และในตำบลธาตุทอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 2 คน เพื่อช่วยเหลือในการจัดกิจกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองในแต่ละตำบล โดยผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จนเข้าใจ

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของ รพ.สต. แต่ละแห่ง แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้แก่กลุ่มทดลอง โดยจัดกิจกรรม 7 กิจกรรม ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้ ในสัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 จุดประกาย และเตรียมความพร้อม อสม. กิจกรรมที่ 2 เรื่องเล่าชาว อสม. และกิจกรรมที่ 3 เรียนรู้บทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ห้องประชุมของ รพ.สต. ในสัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรม 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 4 ฝึกการประเมิน จัดทำฐานข้อมูล และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ในการฝึกการประเมิน ใช้แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว) และกิจกรรมที่ 5 ฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก ที่ห้องประชุมของ รพ.สต. และที่บ้านคนพิการ (เยี่ยมบ้าน) ในสัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรม 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 6 ติดตามการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่บ้านคนพิการ และในสัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรม 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 7 สานฝันวันต่อไป ที่ห้องประชุมของ รพ.สต.

5. ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-4 กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวจากพยาบาลตามปกติ

6. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของ รพ.สต.แต่ละแห่ง ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถฯ และแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และข้อมูลความคาดหวังในผลลัพธ์ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบผลต่างของการรับรู้ความสามารถฯ และผลต่างของความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.30 และ 73.30 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 46.50 ปี ($SD = .42$) และ 54.50 ปี ($SD = 6.48$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 80 และ 73.30 ตามลำดับ มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 50 และ 66.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย/พนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 66.70 เท่ากัน มีระยะเวลาการปฏิบัติเป็น อสม.ในพื้นที่มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 66.70 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติเฉลี่ย 11.10 ปี ($SD = 6.58$) และ 12.30 ปี ($SD = 6.27$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว คิดเป็นร้อยละ 93.30 และ 86.70 ตามลำดับ และไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว คิดเป็นร้อยละ 80 และ 86.70 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลา

การปฏิบัติเป็น อสม.ในพื้นที่ ประสบการณ์ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และการเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า อายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.59, SD = .24$ และ $M = 2.61, SD = .20$ ตามลำดับ) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ โดยรวมในระดับสูง ($M = 3.96, SD = .47$) และในระดับปานกลาง ($M = 2.73, SD = .18$) ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ เกือบทุกด้านในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการค้นหาและประเมินปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ เกือบทุกด้านในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก ที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ และพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ ทุกด้านในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ เกือบทุกด้านในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการประเมินผลความก้าวหน้าและผลการดำเนินการ ที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง

3. ความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ โดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.36, SD = .36$ และ $M = 2.44, SD = .17$ ตามลำดับ) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ โดยรวมในระดับสูง ($M = 3.90, SD = .28$) และในระดับปานกลาง ($M = 2.56, SD = .25$) ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ ด้านผลลัพธ์ต่อตัว อสม. และด้านผลลัพธ์ต่อชุมชนในระดับปานกลาง ส่วนด้านผลลัพธ์ต่อคนพิการและครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ ทุกด้านในระดับปานกลาง และพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ ด้านผลลัพธ์ต่อตัว อสม. และด้านผลลัพธ์ต่อคนพิการและครอบครัว ในระดับสูง ส่วนด้านผลลัพธ์ต่อชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ ทุกด้านในระดับปานกลาง

4. การเปรียบเทียบผลต่างของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง และผลต่างของความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถ ก่อนและหลังการทดลอง และค่าเฉลี่ยผลต่างของความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ ก่อนและหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.840, p < .001$ และ $t = 20.430, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง และค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง	t	p
	M (SD)	M (SD)	\bar{d} (SD)		
การรับรู้ความสามารถ					
กลุ่มทดลอง (n = 30)	51.90 (4.92)	79.20 (9.40)	27.30 (6.72)	14.840	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	52.37 (4.21)	54.73 (3.78)	2.36 (6.27)		
ความคาดหวังในผลลัพธ์					
กลุ่มทดลอง (n = 30)	59.20 (9.02)	97.73 (7.01)	38.53 (13.60)	20.430	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	61.10 (4.31)	64.00 (6.41)	2.90 (7.95)		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) โดยใช้การเรียนรู้ 4 วิธี ได้แก่ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ตนเองประสบความสำเร็จ 2) การเรียนรู้ประสบการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ประสบความสำเร็จจากตัวแบบ 3) การพูดชักจูงให้คล้อยตามการให้กำลังใจ การให้ข้อมูล การแนะนำและสะท้อนกลับแก่ อสม. และ 4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกาย

และอารมณ์ของ อสม. ในกิจกรรมต่างๆ 7 กิจกรรม ทำให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ได้เห็นและเรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ได้รับคำพูดที่สนับสนุน ชักจูง ได้รับคำแนะนำและกำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ จึงทำให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวมากขึ้น

เริ่มจากกิจกรรมจุดประกาย และเตรียมความพร้อม อสม. เป็นกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจ ผ่านการให้ข้อมูลความสำคัญของ อสม. ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และบทบาทหน้าที่ของ อสม. นอกจากนี้ยังมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์แก่ อสม. โดยการให้คำแนะนำและคำปรึกษา เพื่อลดความวิตกกังวล และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองของ อสม. ลดลง ทั้งนี้ Bandura (1997) กล่าวว่า สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หากบุคคลมีสุขภาพที่แข็งแรง มีความสุขสบายทางกาย จะสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี หาก อสม.มีร่างกายในสภาพที่ไม่พร้อม มีภาวะเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจในการดำเนินงาน ก็จะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนมากขึ้น

กิจกรรมต่อมา คือ กิจกรรมเรื่องเล่าชาว อสม. เพื่อให้ อสม.ได้เรียนรู้จากประสบการณ์หรือการกระทำที่ตนเองประสบความสำเร็จ โดยให้เล่าประสบการณ์การทำงานที่ตนเองภาคภูมิใจและประสบความสำเร็จเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งจะส่งผลให้ อสม.ได้ทบทวนสิ่งที่กระทำมาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ทำให้เชื่อว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพได้สำเร็จอีกครั้ง นอกจากนี้ อสม.ยังได้เรียนรู้จากประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบความสำเร็จของ อสม.ที่เป็นตัวแบบ ซึ่งเล่าประสบการณ์และความสำเร็จที่เกิดขึ้น ทำให้ อสม.เกิดความรู้สึกชื่นชม อยากเลียนแบบการปฏิบัติหน้าที่นั้นๆ โดย อสม.ได้รวบรวมข้อมูล จดจำ ประเมิน และเปรียบเทียบความสำเร็จของตัวเองกับของตัวเอง และพิจารณาว่ามีความเป็นไปได้ที่ตนเองจะทำการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ และตั้งใจที่จะปฏิบัติ จึงมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรภรณ์ สิมศิริวัฒน์ และคณะ (2560) ที่พบว่า อสม.มีการรับรู้ความสามารถของตนต่อการส่งเสริมการควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเพิ่มสูงขึ้น ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง และของตัวเอง

จากนั้น ผู้วิจัยได้สร้างแรงจูงใจและส่งเสริมความมั่นใจ โดยใช้คำพูดชักจูง พูดให้กำลังใจ เพื่อให้ อสม.เชื่อว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จใน

การปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพตามที่ตนเองต้องการได้ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การให้ข้อเสนอแนะในบทบาทหน้าที่ของ อสม.ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวทั้ง 6 ด้าน การให้ข้อมูลสะท้อนกลับโดยการสอบถามและเปิดโอกาสให้ อสม.ได้พูดและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ มีการใช้คำพูดจูงใจ ให้กำลังใจร่วมกันในกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน ทำให้ อสม.มีแนวทางในการประเมินคนพิการและทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลคนพิการที่ชัดเจน ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเป็นอย่างมากขึ้น เมื่อ อสม.ได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทงานพร้อมที่จะปฏิบัติจริง ผู้วิจัยได้ร่วมกับ อสม.ในการเยี่ยมบ้านคนพิการที่อยู่ในความรับผิดชอบ (3-5 คน/หมู่) ทำให้ อสม.สามารถค้นหาปัญหาความต้องการและดูแลด้านสุขภาพของคนพิการได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ ซึ่งในขณะที่ปฏิบัติงาน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ อสม.ได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับบทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และความช่วยเหลือตามความต้องการ พร้อมทั้งพูดให้กำลังใจ พูดโน้มน้าว เพื่อลดความวิตกกังวล

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีการโทรศัพท์แบบ วิดีโอคอลเพื่อสอบถามถึงปัญหา อุปสรรค และข้อสงสัยในการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติมภายหลัง อสม.เยี่ยมบ้านคนพิการที่อยู่ในความรับผิดชอบครั้งที่ 2 (เดี่ยว) รวมทั้งพูดชมเชยให้กำลังใจในการทำกิจกรรม เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ จากนั้นเป็นการประชุมกลุ่มของ อสม. เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกจากการปฏิบัติ โดยให้เล่าประสบการณ์ที่ตนเองภาคภูมิใจ และประสบความสำเร็จเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมทั้งเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคหลังการเยี่ยมบ้าน ร่วมกันกล่าวชื่นชม พร้อมทั้งอภิปราย

เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และหาแนวทางแก้ไข พุดให้กำลังใจในการดำเนินงาน ส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแก่ อสม.

จากกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนข้างต้น ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) สะท้อนแนวทางการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่ม อสม.ที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะ ของ วัชรารักษ์ สิมศิริวัฒน์ และคณะ (2560) ที่ทำให้อสม.มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงขึ้น ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบ อสม.ที่ถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเอง การใช้คำพูดชักจูง ให้กำลังใจ และการสร้างความรู้สึกร่วมกันที่จะปฏิบัติ ซึ่งนอกจากกิจกรรมดังกล่าวแล้ว การวิจัยครั้งนี้ยังเน้นการลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน ทั้งรายกลุ่มใหญ่ กลุ่มย่อย และรายเดี่ยว

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งมีกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองร่วมกันเขียนประโยชน์ที่จะได้รับ เป้าหมาย และผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และร่วมกันจัดตั้งแกนนำ อสม.ในการประสานงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว จึงช่วย

ส่งเสริมให้อสม.มีความเชื่อว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นการปฏิบัติที่มีประโยชน์ เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมาทั้งต่อตัว อสม. ต่อคนพิการและครอบครัว และต่อชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของยุพิน หงษ์วะชิน, อำนวย ปาอ้าย, เพ็ญภา กุลนาคดล, และวราภรณ์ ไตรดิลาพันธ์ (2556) ที่พบว่า หลังการทดลอง อสม.ที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะมีการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน มีความตระหนัก และเห็นผลดีในบทบาทเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางจิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรประยุกต์โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการวิจัยครั้งนี้ในการพัฒนาบทบาทด้านการฟื้นฟูของ อสม. เพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. ทำให้อสม.มีการปฏิบัติตามบทบาทได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการลักษณะอื่นของ อสม. เช่น คนพิการทางการมองเห็น คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย คนพิการทางสติปัญญา โดยปรับโปรแกรมให้เหมาะสม และกำหนดให้มีคู่มือ อสม. ในการดูแลและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)* นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย *ปีพุทธศักราช 2557*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.

จิรพรรณ โพธิ์ทอง, อภรณ์ ตีนาน, และรัชณี สรรเสริญ. (2554). ประสิทธิภาพของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางการกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 232-241.

พรชูลี จันทร์แก้ว. (2555). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในอำเภอละงู จังหวัดสตูล. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 7(1), 73-84.

พรนภา เจริญสันต์, รัชณี สรรเสริญ, และชนัญชิตา ดุษฎี ภูลศิริ. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 53(11), 80-81.

พิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ, และวรัญญา จิตรบรรทัด. (2556). ความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้พิการในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนนาเคียน ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), 32-43.

ภิญญา จำปาศรี, สมสมัย รัตนกรีกากุล, และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 76-88.

ยุพิน หงษ์วะชิน, อำนวย ปาอ้าย, เพ็ญญา กุลนาคาล, และวรงค์กรณ์ ไตรดีลานันท์. (2556). การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 5(2), 61-78.

รัชณี สรรเสริญ, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, สมพร รักความสุข, วรรณรัตน์ ลาวัง, และเบญจวรรณ ทิมสุวรรณ. (2555). การพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน: กระบวนการ WE CAN DO by TIM. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 5(3), 17-36.

รัชณี สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 15(3), 32-48.

วัชรภรณ์ สิมศิริวัฒน์, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, และนิสากร กรุงไกรเพชร. (2560). ผลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมการควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(2), 94-104.

- วันเผด็จ สนธิทิม, และช่อทิพย์ บรมชนรัตน์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสมุทรปราการ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2551). คู่มือหลักการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สนามชัย ถ้ำกลาง, และสมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2557). การพัฒนารูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมกับความต้องการของคนพิการเทศบาลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). สถิติจดทะเบียนคนพิการแห่งประเทศไทย. สืบค้นจาก http://www.msociety.go.th/article_attach/10429/15326.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปอทอง. (2560). รายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำปี 2560. ชลบุรี: ผู้แต่ง.
- Bandura, A. (1997). *Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory*. Michigan: Prentice-Hall.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2013). *World report on disability*. Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี*

Factors Influencing Preventive Behaviors for Cerebrovascular Disease among People with Chronic Disease in Chon Buri*

ประไพศรี คงหาสุข, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹

Prapai Sri Konghasook, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)¹

สมสมัย รัตนกรัทกุล, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)² สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)³

Somsamai Rattanaagreeethakul, Dr.P.H. (Public Health Nursing)² Suwanna Junprasert, Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Received: June 5, 2019 Revised: November 26, 2020 Accepted: November 27, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 208 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

¹ มหำบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: somsamai@buu.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

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

.87-.95 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค มีค่าความเชื่อมั่น .89 และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .90 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 22.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .224, p < .001$) โดยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้มากที่สุด ($Beta = -.340, p < .001$) รองลงมา คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ($Beta = .230, p < .001$) และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ($Beta = .190, p < .01$) ตามลำดับ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม โดยประเมินการรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ได้รับข้อมูลข่าวสาร และชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคหลอดเลือดสมอง ผู้เป็นโรคเรื้อรัง

Abstract

This predictive correlational research aimed to examine the preventive behaviors for cerebrovascular disease and its predicting factors among people with chronic disease. The samples consisted of 208 people with chronic disease who received care services in the non-communicable disease clinic, subdistrict health promoting hospitals in Chon Buri. The research instrument was a four-part questionnaire including personal factors, perceived of cerebrovascular disease with the reliability in the range of .87-.95, received disease information with the reliability of .89, and preventive behaviors for cerebrovascular disease with the reliability of .90. Data were collected from December, 2018 to January, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that perceived benefit of prevention, perceived barrier of prevention, and received information were statistically significant accounted

for 22.40% of the variance of preventive behaviors for cerebrovascular disease ($R^2 = .224, p < .001$). The most significant predicting factor was perceived barrier of prevention (Beta = $-.340, p < .001$) followed by received information (Beta = $.230, p < .001$) and perceived benefit of prevention (Beta = $.190, p < .01$), respectively.

This research suggests that health care providers should apply these research results as a guideline for promoting an appropriate preventive behaviors for cerebrovascular disease among chronic disease patients by assessing perceived barrier of prevention, enhancing received information, and indicating the benefits of preventive behaviors practice.

Keywords: Preventive behaviors, Cerebrovascular disease,
People with chronic disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและระดับประเทศ ส่งผลให้เกิดความพิการด้านร่างกาย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจากสถานการณ์ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2557 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก (World Stroke Organization [WSO], 2014) สำหรับประเทศไทยพบว่าการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรในช่วงปี พ.ศ. 2558–2560 เท่ากับ 425.24, 451.39 และ 467.46 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2560) และพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2558–2560 มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรเท่ากับ 43.30, 48.13 และ 47.81 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรคหลอดเลือดสมองมักพบในผู้ที่เป็
โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จากสถานการณ์โรคเรื้อรัง

ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกของโรคสูงสุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2560) ซึ่งทั้งสองโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และเป็นโรคเรื้อรังที่องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลกได้กำหนดให้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาติดตามความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยชาย วัยกลางคน เป็นระยะเวลา 28 ปี ในประเทศสวีเดน พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Harmsen, Lappas, Rosengren, & Wilhelmssen, 2006) และการศึกษาของ Stamler, Vaccaro, Neaton, and Wentworth (1993) พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งนี้ โรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ก่อให้เกิดความเสื่อมของร่างกายแบบ

ค่อยเป็นค่อยไป และนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้เป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้น ผู้เป็นโรคเรื้อรังจึงถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

จังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากผลการประเมินสุขภาพและพฤติกรรมพบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 2.55 มีภาวะอ้วนร้อยละ 28.51 และผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 14.57 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2560) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวจะนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมองได้ จากสถิติของจังหวัดชลบุรีในช่วงปี พ.ศ. 2558–2560 พบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเท่ากับ 173.28, 171.36 และ 329.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2560) โดยในปี พ.ศ. 2560 จังหวัดชลบุรีมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมจำนวน 42,102 คน ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวที่สามารถควบคุมโรคได้มีเพียงร้อยละ 22.84 และ 30.01 ตามลำดับ

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญในผู้เป็นโรคเรื้อรัง สามารถทำได้โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรค การลดการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายให้เพียงพอ การจัดการความเครียด และการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค ตามแนวคิด

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) เชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรค ซึ่งสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรังได้ กล่าวคือ หากบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินจากผลกระทบที่จะได้รับจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรับรู้ว่าคุณปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีประโยชน์จริง สามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้ อีกทั้งรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่ำ เห็นว่าไม่มีความยากลำบากในการปฏิบัติ จะทำให้นุคคลมีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรม เช่น การได้รับข้อมูล ข่าวสารต่างๆ อันเป็นการได้รับสิ่งกระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และปัจจัยร่วมหรือปัจจัยส่วนบุคคลที่แม้ว่าจะไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค เช่น บุคลิกภาพ ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์การเจ็บป่วย ทั้งนี้ บุคคลจะปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองครบเท่าที่พฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่า ความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (ปรารธนา วัชรานุรักษ์, 2560) และในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (กันยรัตน์ อยู่สกุล และชนกพร จิตปัญญา, 2555; วาสนา เหมือนมี, 2557) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล แต่

การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้เป็นโรคเรื้อรังในพื้นที่ชุมชนยังมีค่อนข้างจำกัด จึงมีความสำคัญในการศึกษา เนื่องจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน การที่จะส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นโรค ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรม คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี และกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของดัชนีมวลกาย การมีโรคร่วม ระยะเวลา

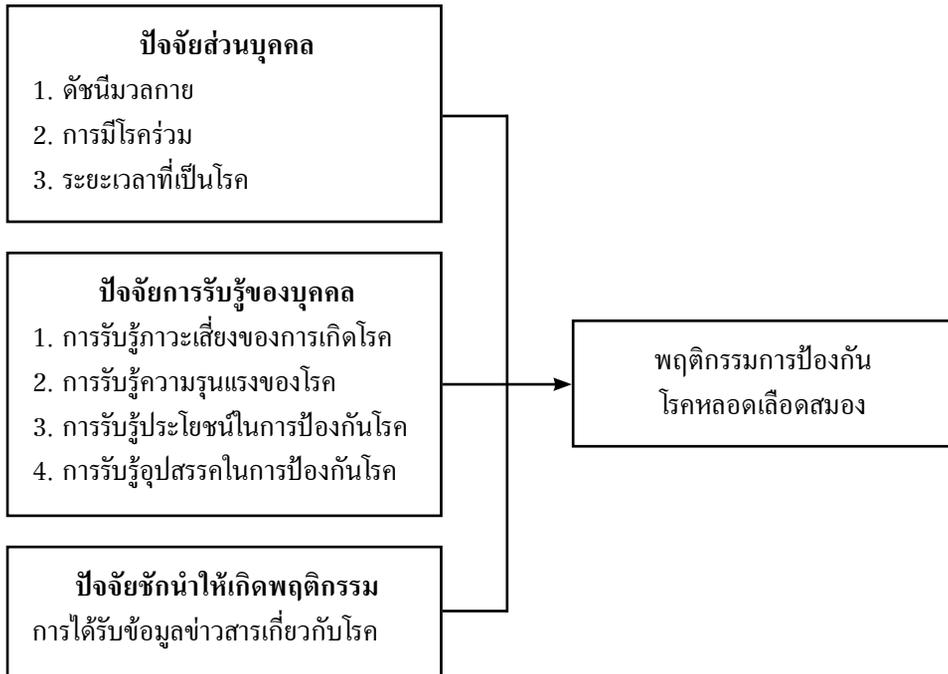
ที่เป็นโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

ดัชนีมวลกาย การมีโรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรังได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวอธิบายว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคตรงเท่าที่การปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น โดยศึกษาปัจจัย 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งถือเป็นปัจจัยร่วม ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นโรค 2) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และ 3) ปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรม คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค โดยปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้เป็นโรคเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี ประมาณการจากปี พ.ศ. 2560 จำนวน 42,102 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2560) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 35 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (mini-mental state examination: Thai version [MMSE-Thai 2002]) 4) ไม่เคย

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Lemeshow, Hosmer, Klar, and Lwanga (1990) โดยใช้ค่าความแปรปรวนคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคในบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในการศึกษาของทิพวรรณ ประสานสอน (2556) เท่ากับ .12 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 189 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 227 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกพื้นที่ศึกษาเป็นอำเภอ 3 อำเภอ (จากจำนวน 11 อำเภอ) ด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มโดยการจับฉลาก ได้อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอศรีราชา และอำเภอบางละมุง จากนั้นเลือกโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอละ 2 แห่ง รวม 6 แห่ง (จากจำนวน 41 แห่ง) ด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มโดยการจับฉลาก อำเภอเมืองได้ รพ.สต. แสนสุข และ รพ.สต.บ้านสวน อำเภอศรีราชาได้ รพ.สต.บ้านหนองค้อ และ รพ.สต.บ้านห้วยกุ่ม ส่วนอำเภอบางละมุงได้ รพ.สต.บ้านโรงโม่ และ รพ.สต.บ้านหนองสมอ และเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ รพ.สต. ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก-ส่วนสูง (ดัชนีมวลกาย) การมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นโรค จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 38 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับน้อยที่สุด (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)

ส่วนที่ 3 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ครอบคลุมการได้รับข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว ชุมชน สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ สื่อโทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์ และบุคลากรสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้รับเลย น้อยครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเลย (1-1.50 คะแนน) ได้รับข้อมูลข่าวสารน้อยครั้ง (1.51-2.50 คะแนน) ได้รับข้อมูลข่าวสารบางครั้ง (2.51-3.50 คะแนน) ได้รับข้อมูลข่าวสารบ่อยครั้ง (3.51-4.50 คะแนน) และได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ (4.51-5 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการไม่สูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ ด้านการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรค จำนวน 8 ข้อ ด้านการออกกำลังกายเฉพาะโรค จำนวน 2 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ และด้านการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ปฏิบัติน้อยมากหรือไม่ปฏิบัติเลย ไม่ค่อยปฏิบัติ ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ (1-1.50 คะแนน) ปฏิบัติน้อยครั้ง (1.51-2.50 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2.51-3.50 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3.51-4.50 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (4.51-5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนการรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง (4 หัวข้อ) ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด

สมอง ปล่อยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์สาขาอายุรกรรม อาจารย์พยาบาล (3 คน) และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88, .90, .80, 1, .83 และ .85 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ รพ.สต.ตลาดล่างบางพระ และ รพ.สต. บ้านนาพร้าว อำเภอศรีราชา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .87, .92, .95, .92, .89 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 02-08-2561 วันที่ 17 กันยายน 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี สาธารณสุขอำเภอศรีราชา สาธารณสุขอำเภอบางละมุง และผู้อำนวยการ รพ.สต. ทั้ง 6 แห่ง ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย เครื่องมือ

และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ฝึกปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลจนทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยขอให้พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต.แต่ละแห่งช่วยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่ผู้เป็นโรคเรื้อรัง จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในขณะรอรับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลการได้รับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนาย ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทั้งนี้พบว่า ข้อมูลบางตัวแปรมีการกระจายมากผิดปกติ จึงตัดแบบสอบถามออกจากการวิเคราะห์ จำนวน 19 ชุด เหลือแบบสอบถามจำนวน 208 ชุด

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เป็นโรคเรื้อรัง พบว่าผู้เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74.52 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.42 โดยมีอายุเฉลี่ย 62.25 ปี ($SD = 9.13$) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25-29.90 กก./ม.² (อ้วน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.58 มีโรคร่วม 2 โรค มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.06 และมีระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.31 โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 7.98 ปี ($SD = 5.34$)

2. การรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับมากที่สุด ($M = 4.59, SD = .49$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมากที่สุด ($M = 4.81, SD = .32$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคในระดับมากที่สุด ($M = 4.77, SD = .41$) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคในระดับน้อย ($M = 1.66, SD = .63$)

3. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคของผู้เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคในระดับมาก ($M = 4.05, SD = .71$)

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับมาก ($M = 4.33, SD = .45$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2 ด้าน ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการไม่สูบบุหรี่ ($M = 4.74, SD = .96$) และด้านการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ($M = 4.79, SD = .25$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฯ 3 ด้าน ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการรับประทานยาเพื่อควบคุมโรค ($M = 4.08, SD = .74$) ด้านการออกกำลังกายเฉพาะโรค ($M = 4.09, SD = .99$) และด้านการจัดการความเครียด ($M = 4.11, SD = .70$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ

ผู้เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค ($r = .231, p < .001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = .159, p < .05$) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ($r = .232, p < .001$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ($r = .243, p < .001$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ($r = -.356, p < .05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นโรค

6. อำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 22.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .224, p < .001$) โดยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้มากที่สุด ($Beta = -.340, p < .001$) รองลงมา คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ($Beta = .230, p < .001$) และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ($Beta = .190, p < .01$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้เป็นโรคเรื้อรัง (n = 208)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	-2.070	.370	-.340	-5.560	< .001
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค	1.230	.330	.230	3.710	< .001
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค	.210	.060	.190	3.160	.002

Constant = 12.660, R = .470, R² = .224, F = 19.590, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้เป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความพิการด้านร่างกาย และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน รพ.สต.อย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ ซึ่งจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่เสมอ ดังผลการวิจัยที่พบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อรังได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก ประกอบกับมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคฯ รับรู้ความรุนแรงของโรคฯ และรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคฯ ในระดับมากที่สุด ซึ่งอาจสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง ทำให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมี (2557)

ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาใน รพ.สต. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 22.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลเชื่อว่า การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมีอุปสรรค ทำให้เกิดความยากลำบาก บุคคลจะเกิดความลังเลในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Becker, 1974) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้เป็นโรคเรื้อรังมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย จึงทำให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุทัสสา ทิจะยัง (2557) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ได้เข้ารับบริการที่ รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการเกิดโรค จึงมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความตระหนัก และปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมป้องกันการโรค จึงกระตุ้นให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เหมือนมี (2557) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งนี้เนื่องจากการตัดสินใจของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคขึ้นอยู่กับความรู้ถึงผลดีและผลเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้เป็นโรคเรื้อรังมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับมากที่สุด โดยรับรู้ว่า การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีประโยชน์ สามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่ว่า การที่บุคคลเชื่อว่า การปฏิบัติพฤติกรรม

การป้องกันโรคมีประโยชน์จริง สามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี สมพันธ์, แสงทอง ชีระทองคำ, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ (2558) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน

ผลการวิจัยพบว่า ดัชนีมวลกาย การมีโรคร่วมระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมโรคได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากนัก อีกทั้งยังเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ เมื่อไม่มีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้เป็นโรคเรื้อรังจึงมีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่แตกต่างกัน และในปัจจุบันมีแหล่งบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ประกอบกับมีเทคโนโลยีและการสื่อสารที่ทันสมัย ทำให้ได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ง่ายขึ้น และมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง จึงอาจทำให้ดัชนีมวลกาย การมีโรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทัสสา ทิจะยัง (2557) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี สมพันธ์ และคณะ (2558) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นเบาหวานไม่สามารถทำนายพฤติกรรม

การป้องกันโรคเบาหวานได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมี (2557) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องเหมาะสม โดยประเมินการรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางต่างๆ และชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรค นอกจากนี้ควรร่วมวางแผนกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการรณรงค์การกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นการจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรคส่งเสริมให้ได้รับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางต่างๆ และการสะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2560). รายงานประจำปี 2560.

กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

กันยารัตน์ อุษสกุล, และชนกพร จิตปัญญา. (2555).

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับ

โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงในภาคใต้ ประเทศไทย. *วารสาร*

พยาบาลตำรวจ, 4(1), 15–26. สืบค้นจาก

[https://www.tci-thaijo.org/index.php/](https://www.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/23384/19956)

[policenurse/article/view/23384/19956](https://www.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/23384/19956)

ทิพวรรณ ประสานสอน. (2556). ความสัมพันธ์

ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคและพฤติกรรม

กำป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

หลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารสมาคม*

พยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,

31(2), 36–43. สืบค้นจาก [https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/](https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/15381/14065)

[view/15381/14065](https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/15381/14065)

ปรารถนา วัชรานุกฤษ. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

โรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. *วารสาร*

เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข

ภาคใต้, 4(1), 217–233. สืบค้นจาก [https://](https://www.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/download/74883/60405)

[www.tci-thaijo.org/index.php/scnet/](https://www.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/download/74883/60405)

[article/download/74883/60405](https://www.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/download/74883/60405)

วาสนา เหมือนมี. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอ

บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาล*

และสุขภาพ, 9(2), 156–165.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2560). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*. สืบค้นจาก http://hdc2.cbo.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข 2560*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุทัตสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน. สืบค้นจาก <http://library.christian.ac.th/thesis/document/T035797.pdf>
- อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ธีระทองคำ, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2558). ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 21(1), 96–109.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Harmsen, P., Lappas, G., Rosengren, A., & Wilhelmsen, L. (2006). Long-term risk factors for stroke: Twenty-eight years of follow-up of 7457 middle-aged men in Goteborg, Sweden. *Stroke*, 37(7), 1663–1667.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Stamler, J., Vaccaro, O., Neaton, J. D., & Wentworth, D. (1993). Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the multiple risk factor intervention trial. *Diabetes Care*, 16(2), 434–444.
- World Stroke Organization. (2014). *Annual report 2014*. Retrieved from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_REPORT_2014.pdf

ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*

Factors Influencing Qualified Antenatal Care Visits among Pregnant Adolescents*

สินากรณ์ กล่อมยงค์, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Sinaporn Klomyong, M.N.S. (Midwifery)¹

วรสณนา สุภสีมานนท์, Ph.D. (Nursing)²

วรสณี เตียววิศิสร์, Ph.D. (Nursing)³

Wantana Suppaseemanont, Ph.D. (Nursing)²

Wanee Deoisres, Ph.D. (Nursing)³

Received: May 13, 2019 Revised: November 19, 2020 Accepted: November 23, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาอัตราการผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ และเพื่อศึกษาผลของปัจจัยด้านรายได้ครอบครัว การได้รับการดูแลจากคู่มือการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ต่อการฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดและพักฟื้นหลังคลอดที่โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร โรงพยาบาลอุทัยธานี และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา รวมจำนวน 125 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น .94 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น .78 และแบบบันทึกการฝากครรภ์ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

¹ มหาวิทยาลัย 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

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 56 และการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.78, 95% CI = 1.25–6.26, $p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรประเมินการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และให้คำปรึกษาแนะนำในการลดการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ นำไปสู่การมีผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การฝากครรภ์คุณภาพ

Abstract

This predictive correlational research aimed to examine the qualified antenatal care (ANC) visiting rates and to investigate effects of family income, received care from partner, perceived benefits of ANC visits, perceived barriers of ANC visits, and attitude toward pregnancy on qualified ANC visits among pregnant adolescents. The participants were 125 postpartum adolescent mothers at Jainad Narendra Hospital, Uthai Thani Hospital, and Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. The research instruments included the demographic questionnaire, the perceived benefit of ANC visit questionnaire with the reliability of .94, the perceived barrier of ANC visit questionnaire with the reliability of .84, the attitude toward pregnancy questionnaire with the reliability of .78, and the ANC visit record form. Data were collected from July to October, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and binary logistic regression analysis.

The research results revealed that 56% of pregnant adolescents had met the index of qualified ANC visits. Perceived barriers of ANC visits had statistically significant influenced the qualified ANC visits (AOR = 2.78, 95% CI = 1.25–6.26, $p < .05$).

This research suggests that ANC nurses should assess pregnant adolescents' perceived barriers of ANC visits and provide them counseling to reduce their perceived barriers of ANC visits. As the consequence, pregnant adolescents will have qualified ANC visits and gain positive pregnancy outcomes.

Keywords: Pregnant adolescent, Qualified antenatal care visits

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นผู้ที่มีอายุ 10-19 ปี (World Health Organization [WHO], 2017) อยู่ในวัยเรียนและเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ วัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เริ่มมีความต้องการทางเพศและเริ่มสนใจเพศตรงข้าม อีกทั้งวัยรุ่นสามารถเข้าถึงสื่อที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศ หากครอบครัวไม่เข้าใจและไม่ดูแลเอาใจใส่วัยรุ่น วัยรุ่นอาจมีเพศสัมพันธ์และเกิดการตั้งครรภ์ (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556) ในปี พ.ศ. 2559 ทั่วโลกมีอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 4.73 (World Bank Group, 2018) สำหรับภาพรวมของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 3.96 ซึ่งไม่เกินเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดว่า ในปี พ.ศ. 2560 ควรมีอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่เกินร้อยละ 4 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560ก) แต่เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดชัยนาท อุทัยธานี และพระนครศรีอยุธยา มีอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขและสูงกว่าภาพรวมของประเทศ โดยคิดเป็นร้อยละ 4.18, 4.29 และ 4.43 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560ข)

การตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายวัยรุ่น ต่อสุขภาพทารก ต่อภาวะจิตสังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบของการตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อสุขภาพกายวัยรุ่น ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง (ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์, 2559) ครรภ์เป็นพิษ (Ganchimeg et al., 2014) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์, 2559; มนัญญา ภูแก้ว, 2559) เติบโตช้าคลอดก่อนกำหนด (ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์, 2559; มนัญญา ภูแก้ว, 2559; Ganchimeg et al., 2014) หรือมีภาวะตกเลือดหลังคลอด (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556) ผลกระทบ

ของการตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อทารก ได้แก่ ทารกเจริญเติบโตช้า ทารกในครรภ์เสียชีวิต หรือทารกน้ำหนักน้อย (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556; ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์, 2559; มนัญญา ภูแก้ว, 2559; Ganchimeg et al., 2014) ผลกระทบของการตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อภาวะจิตสังคมและเศรษฐกิจ คือ หากวัยรุ่นตั้งครรภ์ในขณะที่ตนเองยังไม่พร้อม จะได้รับแรงกดดันจากครอบครัวและสังคม ทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียดที่อาจกลายเป็นโรคซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วัยรุ่นบางคนทอดทิ้งทารกไว้ที่โรงพยาบาลหรือสถานที่สาธารณะ ทำให้บุตรกลายเป็นเด็กกำพร้า อีกทั้งรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและเด็กกำพร้าที่เกิดจากหญิงวัยรุ่น (ทรงยศ พิลาสันต์, 2557; มนัญญา ภูแก้ว, 2559) ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงควรได้รับการดูแลตลอดการตั้งครรภ์ โดยควรฝากครรภ์ครั้งแรกภายในอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดการฝากครรภ์คุณภาพ คือ ให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อยร้อยละ 60 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งหมด ซึ่งการผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ คือ การฝากครรภ์จำนวนอย่างน้อย 5 ครั้ง ภายในอายุครรภ์ 12, 20, 28, 34 และ 40 สัปดาห์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560ก) แต่อัตราการฝากครรภ์ตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพของประเทศไทย ของจังหวัดชัยนาท อุทัยธานี และพระนครศรีอยุธยา ยังไม่ผ่านเกณฑ์ฯ คือ คิดเป็นร้อยละ 53.94, 35.63, 49.60 และ 23.08 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560ก) ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จะได้รับการตรวจคัดกรองภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์

สามารถซักถามปัญหา ได้รับคำปรึกษาแนะนำ ทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ นำไปสู่การป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (สุพร แก้วศิริวรรณ, 2556)

วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการฝากครรภ์เร็วและสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์ แต่จากรายงานการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ ซึ่งนักศพร ชัยมาโย, จันทรัตน์ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (2559) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า คือ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 18.09 สัปดาห์ คิดเป็นการฝากครรภ์ภายหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 61.80 ในขณะที่ ปัทสรลีตา อภิวัฒน์ นวณิชกุล (2557) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 71 ซึ่งอาจอธิบายได้จากแนวคิดของกนกวรรณ ใจพิงค์ (2554) และของบุญฤตา ทิพย์จันทร์ และวันเพ็ญ แก้วปาน (2555) ที่ว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียน การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ นำไปสู่การไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ รวมทั้งการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งการฝากครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2011)

Pender (2011) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยมีเป้าหมาย คือ การมีสุขภาพดี แนวคิดนี้ประกอบด้วยโมทัศน์ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล ด้านการคิดรู้/อารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม สำหรับการวิจัยครั้งนี้เลือก

ศึกษามโนทัศน์ทั้ง 3 ด้าน ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม คือ การฝากครรภ์คุณภาพ (ทั้งในด้านอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ที่กำหนดตามเกณฑ์) เป็นตัวแปรตาม โดยมีด้านคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล (รายได้ครอบครัว การได้รับการดูแลจากคู่ครอง และเจตคติต่อการตั้งครรภ์) และด้านการคิดรู้/อารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์) เป็นตัวแปรต้น เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้กับตัวแปรการฝากครรภ์คุณภาพ

รายได้ครอบครัว การได้รับการดูแลจากคู่ครอง การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพ โดยรายได้ครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์คุณภาพทั้งในแง่การฝากครรภ์เร็วและจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ (กนกวรรณ ใจพิงค์, 2554; เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์, 2557; เรณู ศรีสุข, 2559; Ejeta, Dabsu, Zewdie, & Merdassa, 2017; Gebremeskel, Dibaba, & Admassu, 2015; Kisuule et al., 2013) การที่หญิงตั้งครรภ์มีคู่ครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์คุณภาพ (Kaswa, Rupesinghe, & Longo, 2018; Muhwava, Morojele, & London, 2016; Njiku, Wella, Sariah, & Protas, 2017; Rurangirwa, Mogren, Nyirazinyoye, Ntaganira, & Krantz, 2017) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ภายในอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (สุวิมล สุรินทร์พย์, 2559) การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฝากครรภ์คุณภาพ (บุหงา มะนาวหวาน, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และนันทนา ธนาโนวรรณ,

2559; เอี่ยมพร ราชภูติ, จันทรัตน์ เจริญสันติ, และกรรณิการ์ กั้นชะรักษา, 2554) ส่วนเจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์คุณภาพ (ศรุตยา รองเลื่อน, ภัทรวัลย์ ตลิ่งจิตร, และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์, 2555; สุวิมล สุรินทร์พย์, 2559; Manda-Taylor, Sealy, & Roberts, 2017)

จากงานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ และเป็นการศึกษาการผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพในमितย้อย คือ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกตามเกณฑ์ หรือจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ รวมทั้งผู้วิจัยพบว่ามีการศึกษาจำนวนน้อยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งมีตัวแปรที่สนใจเป็นเพียงมิติเดียวของการฝากครรภ์คุณภาพ คือ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกตามเกณฑ์ (นภศพร ชัยมาโย และคณะ, 2559) ทำให้มีผลต่อการไม่ผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพทั้งในด้านอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ที่กำหนดตามเกณฑ์ ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดชัยนาท อุทัยธานี และพระนครศรีอยุธยา เพื่อใช้เป็นองค์ความรู้ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์ อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพทั้งของมารดาและทารก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาผลของปัจจัยด้านรายได้ครอบครัว การได้รับการดูแลจากคู่ครอง การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์

และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ต่อการฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

สมมติฐานการวิจัย

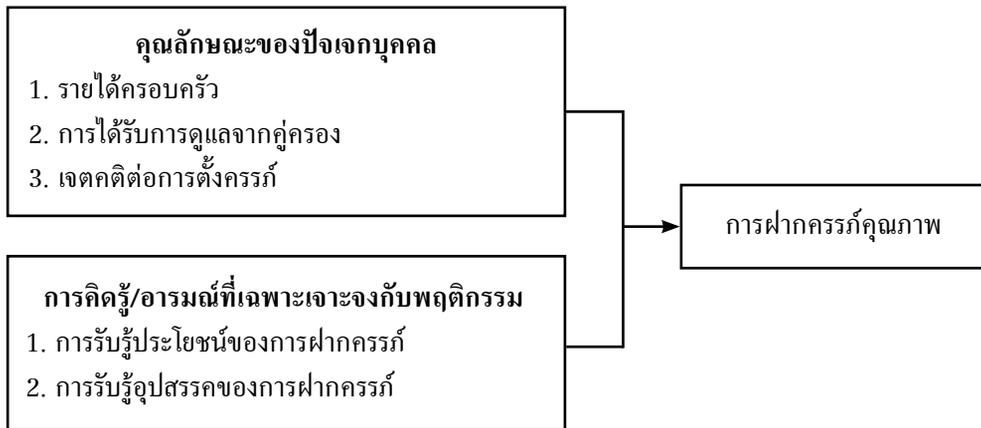
รายได้ครอบครัว การได้รับการดูแลจากคู่ครอง การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2011) โดยศึกษาตัวแปรตาม คือ การฝากครรภ์คุณภาพ (แบ่งออกเป็น ผ่านเกณฑ์/ไม่ผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ) ตามที่กระทรวงสาธารณสุข (2560ก) กำหนด และศึกษาตัวแปรต้นจากมโนทัศน์ 2 ด้าน คือ ด้านคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล ได้แก่ รายได้ครอบครัว การได้รับการดูแลจากคู่ครอง และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ และด้านการรับรู้/อารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม คือ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ เนื่องจากมีผลการวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ครอบครัวมีรายได้สูงจะฝากครรภ์เร็วและฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ (เรณู ศรีสุข, 2559; Ejeta et al., 2017; Gebremeskel et al., 2015) หญิงตั้งครรภ์ที่มีคู่ครองจะฝากครรภ์ครั้งแรกเร็ว (Kaswa et al., 2018; Muhwava et al., 2016; Njiku et al., 2017) และฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ (Muhwava et al., 2016; Rurangirwa et al., 2017) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ภายในอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ต่ำ (มีอุปสรรคในการฝากครรภ์

น้อย) จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกเร็ว (Mendy, Njie, & Sawo, 2018) และมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ การฝากครรภ์คุณภาพ (บุหงา มะนาวหวาน และคณะ, 2559; เอื้อมพร ราชภูติ และคณะ, 2554) หญิง ตั้งครรภ์ที่อยากมีบุตรและภูมิใจกับการตั้งครรภ์

จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกเร็วภายในอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (สุวิมล สุรินทร์พย์, 2559; Manda-Taylor et al., 2017) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดและพักฟื้นหลังคลอดที่โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร โรงพยาบาลอุทัยธานี และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 10-19 ปี 2) มีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ นับถึงวันคลอด 3) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้คล่องทั้ง การพูด การอ่าน และการเขียน และ 4) ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ โดยใช้สูตร

คำนวณขนาดตัวอย่างของ Peduzzi, Concato, Kemper, Holford, and Feinstein (1996) คือ $N = 10k/p$ เมื่อ N คือ ขนาดตัวอย่าง k คือ จำนวนตัวแปรต้น (5 ตัวแปร) และ p คือ สัดส่วนที่น้อยที่สุดของประชากรวัยรุ่นที่ผ่านหรือไม่ผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพจากผลงานวิจัยที่ผ่านมา ของ นภพร ชัยมาโย และคณะ (2559) ได้ค่า p เท่ากับ .40 เมื่อแทนค่าในสูตรแล้ว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 125 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร จำนวน 42 คน จากโรงพยาบาลอุทัยธานี จำนวน 41 คน และจากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 42 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลสำหรับให้หญิงตั้งครรภ์ตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว การได้รับการดูแลจากคู่ครอง และสมาชิกในครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ และข้อมูลสำหรับให้ผู้วิจัยบันทึก ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อสุขภาพของมารดา จำนวน 8 ข้อ และด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อสุขภาพของทารก จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ (1-1.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2-2.99 คะแนน) และในระดับสูง (3-4 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเวลา จำนวน 2 ข้อ ด้านค่าใช้จ่าย จำนวน 2 ข้อ ด้านความคิดเห็น จำนวน 7 ข้อ และด้านการเข้าถึงบริการ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ (1-1.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2-2.99 คะแนน) และในระดับสูง (3-4 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำนวน 4 ข้อ และด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ในระดับต่ำ (1-1.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2-2.99 คะแนน) และในระดับสูง (3-4 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบบันทึกการฝากครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามนโยบายการฝากครรภ์คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข (2560ก) สำหรับให้ผู้วิจัยใช้บันทึกข้อมูลการฝากครรภ์จากสมุดฝากครรภ์ เกี่ยวกับการผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ คือ มีการฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง ภายในอายุครรภ์ 12, 20, 28, 34 และ 40 สัปดาห์ ผู้ที่ผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพให้เป็นกลุ่ม 1 ส่วนผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพให้เป็นกลุ่ม 0 และมีคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับเหตุผลของการไม่มาฝากครรภ์ การมาฝากครรภ์ล่าช้า และการมาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ และแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์

ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .83, .93 และ .90 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาชได้ค่าเท่ากับ .94, .84, และ .78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 06-03-2561 วันที่ 19 เมษายน 2561) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร (เอกสารรับรอง เลขที่ 57/2561 วันที่ 1 มิถุนายน 2561) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุทัยธานี (เอกสารรับรอง เลขที่ 10/2561 วันที่ 23 กรกฎาคม 2561) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (เอกสารรับรอง เลขที่ 018/2561 วันที่ 15 สิงหาคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เข้าพบ

หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอดและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลอุทัยธานี และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 2 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลคนละโรงพยาบาล โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยหลังคลอด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ลงในแบบบันทึก ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่เดียวของตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัยสอบถามเหตุผลของการไม่มาฝากครรภ์ การมาฝากครรภ์ล่าช้า และการมาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอโดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ข้อมูลการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ และข้อมูลเจตคติต่อการตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลอัตราการผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอายุน้อยที่สุด คือ 14 ปี และสูงสุด คือ 19 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 17.58 ปี ($SD = 1.40$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.40 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.60 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 10,000–19,999 บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.20 โดยมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 16,516 บาท/เดือน ($SD = 9,651.58$) ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากคู่ครอง คิดเป็นร้อยละ 94.40 สมาชิกในครอบครัวเป็นสามีและบิดามารดาของตนเอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.20 ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 77.60 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 95.20

2. การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์โดยรวมในระดับสูง ($M = 3.53, SD = .10$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ทั้ง 2 ด้าน ในระดับสูง คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อสุขภาพของมารดา ($M = 3.49, SD = .08$) และด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อสุขภาพของทารก ($M = 3.62, SD = .08$)

3. การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์โดยรวมในระดับต่ำ ($M = 1.29, SD = .19$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ทุกด้านในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านเวลา ($M = 1.22, SD = .07$) ด้านค่าใช้จ่าย ($M = 1.21, SD = .02$)

ด้านความคิดเห็น ($M = 1.22, SD = .16$) และด้านการเข้าถึงบริการ ($M = 1.53, SD = .19$)

4. เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการตั้งครรภ์โดยรวมในระดับสูง ($M = 3.26, SD = .27$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการตั้งครรภ์ทั้ง 2 ด้านในระดับสูง คือ ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ($M = 3.15, SD = .11$) และด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ($M = 3.34, SD = .32$)

5. การฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการฝากครรภ์คุณภาพ และอัตราด้านจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ไม่ผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 56 เท่ากัน แต่มีอัตราด้านอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกผ่านเกณฑ์ฯ คิดเป็นร้อยละ 60.80 (เมื่อปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดอัตราการผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ซึ่งครอบคลุมทั้งอัตราด้านอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์)

6. ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ เป็นตัวแปรเดียวที่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($COR = 2.80, 95\% CI = 1.34-5.85, p < .05$) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ต่ำ มีการผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ เป็น 2.80 เท่าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์สูง เมื่อควบคุมตัวแปรรายได้ครอบครัว การได้รับการดูแลจากคู่ครอง การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($AOR = 2.78, 95\% CI = 1.25-6.26,$

$p < .05$) คือ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นทางสถิติ หญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ต่ำ มีการผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ เป็น

2.78 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์สูง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (n = 125)

ตัวแปรต้น	การผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ			
	COR (95% CI)	p	AOR (95% CI)	p
รายได้ครอบครัว				
รายได้ต่ำ ($\leq 15,000$ บาท)	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
รายได้สูง ($> 15,000$ บาท)	1.68 (.82–3.43)	.150	1.80 (.85–3.81)	.120
การได้รับการดูแลจากคูครอง				
ไม่ได้รับ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ได้รับ	1.75 (.38–8.18)	.480	1.47 (.28–7.75)	.650
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์				
รับรู้ประโยชน์ต่ำ (≤ 44 คะแนน)	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
รับรู้ประโยชน์สูง (> 44 คะแนน)	.80 (.39–1.63)	.540	.63 (.29–1.36)	.240
การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์				
รับรู้อุปสรรคสูง (> 17 คะแนน)	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
รับรู้อุปสรรคต่ำ (≤ 17 คะแนน)	2.80 (1.34–5.85)	.010	2.78 (1.25–6.26)	.010
เจตคติต่อการตั้งครรภ์				
เจตคติต่อการตั้งครรภ์ต่ำ (≤ 34 คะแนน)	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
เจตคติต่อการตั้งครรภ์สูง (> 34 คะแนน)	1.69 (.82–3.50)	.160	1.24 (.54–2.84)	.620

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 56 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 ที่กำหนดเกณฑ์ไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

โดยมีอัตราการผ่านเกณฑ์ด้านอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 60.80 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 83.20 อาศัยอยู่กับบิดามารดาของตนเอง เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ อาจได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดาให้มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกเร็ว ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์

ครั้งแรกภายหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 61.80 (นภศพร ชัยมาโย และคณะ, 2559) และร้อยละ 71 (ปัทมศรีสา อภิวัฒน์วิมลกุล, 2557) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ล่าช้ากว่าหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นเป็น 3.84 เท่า (ประพันธ์ สุนทรปกาสิต, อรุณศรี มงคลชาติ, และจิราพร ชมพิกุล, 2559) อย่างไรก็ตาม อัตราการผ่านเกณฑ์ด้านจำนวนครั้งของการฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วงอายุครรภ์ที่กำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 56 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อาจมีสาเหตุจากการที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.20) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อาจรับรู้ว่าการไม่มีอาการผิดปกติ ไม่จำเป็นต้องฝากครรภ์ตามนัด ส่งผลให้ไม่ได้ฝากครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 79.50 (ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์, 2559) เก็บรวบรวมข้อมูลในปีงบประมาณ 2555 ที่มีเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์ฯ ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ฝากครรภ์จำนวน 4 ครั้ง ภายในอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และเมื่ออายุครรภ์ 26, 32, และ 36 สัปดาห์)

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ต่ำ มีการผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ เป็น 2.78 เท่าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์สูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ว่ามีหรือมีอุปสรรคต่อการฝากครรภ์ต่ำ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีแรงจูงใจและกำลังใจต่อการฝากครรภ์ และมีการฝากครรภ์ตามนัดอย่าง

สม่ำเสมอ นำไปสู่การฝากครรภ์คุณภาพ ส่วนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่รับรู้ว่าการฝากครรภ์ทำให้เสียเวลาสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เสียรายได้จากการหยุดงาน หรือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ต้องการปกปิดการตั้งครรภ์ กลัวว่าผู้อื่นจะรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ จะฝากครรภ์ล่าช้า และฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์สูง มีการฝากครรภ์ไม่ผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ ดังที่ Pender (2011) กล่าวว่า ผู้ที่รับรู้อุปสรรคต่ำต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ต่ำสามารถทำนายการฝากครรภ์ครั้งแรกเร็ว (Mendy et al., 2018; Warri & George, 2020) และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (บุหงา มะนาวหวาน และคณะ, 2559) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกเร็วในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (นภศพร ชัยมาโย และคณะ, 2559)

ผลการวิจัยพบว่า รายได้ครอบครัวไม่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยน้อยกว่า 40,000 บาท/เดือน ซึ่งถือว่า มีฐานะค่อนข้างไม่ดี อย่างไรก็ตาม การบริการฝากครรภ์เป็นบริการที่รัฐจัดให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นฟรี โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ดังนั้น รายได้ครอบครัวจึงไม่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์เร็ว (Ewunetie, Munea, Meselu, Simeneh, & Meteku, 2018) และรายได้ไม่สามารถ

ทำนายนการฝากครรรค์เร็ว (Abuka, Alemu, & Birhanu, 2016) แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2011) ที่ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเศรษฐฐานะทางสังคม นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรรค์เร็ว (กนกวรรณ ใจพิงค์, 2554; Gebremeskel et al., 2015) รายได้มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการฝากครรรค์ครบตามเกณฑ์ (Soe, Chompikul, & Mongkolchati, 2015) และรายได้สามารถทำนายการฝากครรรค์ครั้งแรกเร็ว (เรณู ศรีสุข, 2559; Ejeta et al., 2017)

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับการดูแลจากคู่อรองไม่มีผลต่อการฝากครรรค์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.40) ได้รับการดูแลจากคู่อรอง ซึ่งคู่อรองอาจให้การดูแลเอาใจใส่ในเรื่องทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับการฝากครรรค์ ทำให้การได้รับการดูแลจากคู่อรองไม่มีผลต่อการฝากครรรค์คุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สถานภาพสมรสหรือการมีคู่อรองไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรรค์ครั้งแรกเร็ว (กนกวรรณ ใจพิงค์, 2554; ประพันธ์ สุนทรปกาสิต และคณะ, 2559) และสถานภาพสมรสหรือการมีคู่อรองไม่สามารถทำนายการฝากครรรค์ครั้งแรกเร็ว (Abuka et al., 2016; Ejeta et al., 2017) แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2011) ที่ว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีคู่อรองมีความสัมพันธ์กับการฝากครรรค์ครั้งแรกเร็ว (Gebremeskel et al., 2015; Kaswa et al., 2018; Muhwava et al., 2016) การมีคู่อรองมีความสัมพันธ์กับฝากครรรค์ครบตามเกณฑ์

(Muhwava et al., 2016; Rurangirwa et al., 2017) และการมีคู่อรองสามารถทำนายการฝากครรรค์ครั้งแรกเร็ว (Njiku et al., 2017)

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรรค์ไม่มีผลต่อการฝากครรรค์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้ว่าการฝากครรรค์มีประโยชน์ คือ มีผลดีต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรรค์ อาจไม่ได้ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตระหนักจริงถึงประโยชน์ของการฝากครรรค์ จึงไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการฝากครรรค์อย่างสม่ำเสมอตามเกณฑ์ แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรรค์ทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรรค์ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรรค์ครั้งแรกเร็วในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (นภศพร ชัยมาโย และคณะ, 2559) แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, Murdaugh, and Parsons (2006) ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรรค์สามารถทำนายการฝากครรรค์ครั้งแรกเร็ว (สุวิมล สุรินทร์พย์, 2559)

ผลการวิจัยพบว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการฝากครรรค์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ รักใคร่ทารกในครรรค์ อาจไม่สัมพันธ์กับเจตคติต่อการฝากครรรค์ จึงไม่มีผลต่อการฝากครรรค์คุณภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2011) ที่ว่า คุณสมบัตินิสัยส่วนบุคคล (เช่น เจตคติ) อาจส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรจัดโครงการรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ตามนัด (เช่น ทำโปสเตอร์เชิญชวนให้ฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์ ติดไว้ที่แผนกฝากครรภ์ หอผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นหญิง หรือห้องพยาบาล ในสถานศึกษาของวัยรุ่นหญิง) และควรประเมินการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ หากพบว่ารายใดมีการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์สูง ควรประเมินสาเหตุ และให้คำปรึกษาแนะนำในการลดการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ทุกครั้งที่ได้รับบริการฝากครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ นำไปสู่การมีผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผลการวิจัยเป็นที่น่ายอมรับมากยิ่งขึ้น และควรใช้สถานที่ที่เป็นส่วนตัว แยกจากผู้ปกครอง ในการสอบถามข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับเหตุผลของการไม่มาฝากครรภ์ การมาฝากครรภ์ล่าช้า และการมาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการปกปิดความจริง (เนื่องจากเมื่อสอบถามข้อมูล มีกลุ่มตัวอย่าง 5 คน หนึ่งเฉยๆ ไม่ให้ข้อมูล และ 3 คน ให้ข้อมูลแบบไม่เต็มปากเต็มคำพร้อมทั้งมองหน้าผู้ปกครอง)

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ ใจพิงค์. (2554). *ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลลำพูน* (สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กระทรวงสาธารณสุข. (2560ก). *ระบบรายงาน Health data center (HDC v4.0)*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

กระทรวงสาธารณสุข. (2560ข). *สถานการณ์สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์*. สืบค้นจาก <http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index>

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2556). *แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: แอดวานซ์ปับริ่ง.

เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์. (2557). *ทำไมจึงมาฝากครรภ์: ทักษะของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี*. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 4(2), 125–134.

ทรงยศ พิลาสันต์. (2557). *ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย*. สืบค้นจาก <http://www.hitap.net/>

นภศพร ชัยมาโย, จันทรวรรณ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2559). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(4), 106–114.

บุญลภาภ ทิพย์จันทร์, และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในจังหวัดเพชรบุรี*. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*, 11(1), 41–60.

- บุหงา มะนาวหวาน, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และนันทนา ชนาโนวรรณ. (2559). อายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การย้ายถิ่น และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในการทำนายการฝากครรภ์ในมารดาหลังคลอด: การศึกษาย้อนหลัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(2), 1–15.
- ปัทมศรีสิตา อภิวัฒน์วิมลกุล. (2557). *การดูแลตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์* (สารนิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประพันธ์ สุนทรปกาสิต, อรุณศรี มงคลชาติ, และจิราพร ชมพิกุล. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาในการเริ่มฝากครรภ์ภายในช่วงอายุครรภ์ 12 สัปดาห์แรก ของมารดาในจังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 14(1), 21–36.
- ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์. (2559). ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(1), 14–21.
- มนันญา กุ้แก้ว. (2559). *พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. สืบค้นจาก http://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/download/article/article_20160621154630.pdf
- เรณู ศรีสุข. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนสนธิคม* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรุตยา รongเลื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 5(1), 14–28.
- สุพร แก้วศิริวรรณ. (2556). *การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล สุรินทร์พย์. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่โซนตะวันออกจังหวัดลำพูน* (การค้นคว้าอิสระปริญญา มหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เอี่ยมพร ราชภูติ, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, และกรรณิการ์ กันชะรักษา. (2554). การวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลระนอง. *พยาบาลสาร*, 38(3), 20–29.
- Abuka, T., Alemu, A., & Birhanu, B. (2016). Assessment of timing of first antenatal care booking and associated factors among pregnant women who attend antenatal care at health facilities in Dilla town, Gedeo zone southern nations, nationalities, and peoples region, Ethiopia, 2014. *Journal of Pregnancy and Child Health*, 3(3), 1–10. doi:10.4172/2376-127X.1000258
- Ejeta, E., Dabsu, R., Zewdie, O., & Merdassa, E. (2017). Factors determining late antenatal care booking and the content of care among pregnant mother attending antenatal care services in East Wollega administrative zone, West Ethiopia. *Pan African Medical Journal*, 27, 184. Retrieved from <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/27/184/full/>

- Ewunetie, A. A., Munea, A. M., Meselu, B. T., Simeneh, M. M., & Meteku, B. T. (2018). Delay on first antenatal care visit and its associated factors among pregnant women in public health facilities of Debre Markos town, North West Ethiopia. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth*, *18*(173), 1–8. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1748-7>
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., ... Mori, R. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *121*(1), 40–48. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12630/full>
- Gebremeskel, F., Dibaba, Y., & Admassu, B. (2015). Timing of first antenatal care attendance and associated factors among pregnant women in Arba Minch town and Arba Minch district, Gamo Gofa zone, South Ethiopia. *Journal of Environmental and Public Health*, *2015*(3), 1–7. Retrieved from <http://dx.doi.org.edatabases.lib.buu.ac.th/10.1155/2015/971506>
- Kaswa, R., Rupesinghe, G., & Longo, B. (2018). Exploring the pregnant women's perspective of late booking of antenatal care services at Mbekweni health centre in Eastern Cape, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, *10*(1), 1–9. Retrieved from <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1300>
- Kisuule, I., Kaye, D. K., Najjuka, F., Ssematimba, S. K., Arinda, A., Nakitende, G., & Otim, L. (2013). Timing and reasons for coming late for the first antenatal care visit by pregnant women at Mulago hospital, Kampala, Uganda. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth*, *13*(121), 1–7.
- Manda-Taylor, L., Sealy, D. A., & Roberts, J. (2017). Factors associated with delayed antenatal care attendance in Malawi: Results from a qualitative study. *Medical Journal of Zambia*, *44*(1), 17–25.
- Mendy, R., Njie, V., & Sawo, J. S. (2018). Perception on early antenatal booking by women attending clinic in the western region in the Gambia. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, *5*(294), 1–7.

- Muhwava, L. S., Morojele, N., & London, L. (2016). Psychosocial factors associated with early initiation and frequency of antenatal care (ANC) visits in a rural and urban setting in South Africa: A cross-sectional survey. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth*, 16(18), 1–9. doi:10.1186/s12884-016-0807-1
- Njiku, F., Wella, H. L., Sariah, A., & Protas, J. (2017). Prevalence and factors associated with late antenatal care visit among pregnant women in Lushoto, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, 19(3), 1–6. Retrieved from <http://www.ajol.info/index.php/thrb/article/view/135768/149224>
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T. R., & Feinstein, A.R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(12), 1373–1379.
- Pender, N. J. (2011). *Health promotion model manual*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2027.42/85350>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Rurangirwa, A. A., Mogren, I., Nyirazinyoye, L., Ntaganira, J., & Krantz, G. (2017). Determinants of poor utilization of antenatal care services among recently delivered women in Rwanda: A population based study. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth*, 17(142), 1–10. doi:10.1186/s12884-017-1328-2
- Soe, W. M., Chompikul, J., & Mongkolchat, A. (2015). Predictors of quality utilization of antenatal care services in Naypyidaw, Myanmar. *Journal of Public Health and Development*, 13(3), 3–17.
- Warri, D., & George, A. (2020). Perceptions of pregnant women of reasons for late initiation of antenatal care: A qualitative interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(70). Retrieved from <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-2746-0>
- World Bank Group. (2018). *Adolescent fertility rate: Births per 1,000 women ages 15–19*. Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>
- World Health Organization. (2017). *Adolescent health*. Retrieved from http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษา

ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Factors Associated with Overweight among Students

in Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen

กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Kritkantorn Suwannaphant, Dr.P.H. (Public Health)¹

ปิยธิดา อุประ, ส.บ. (สาธารณสุขชุมชน)²

สุกัญญา มารสินธุ์, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)³

Piyatida Uppara, B.P.H. (Community Public Health)²

Sukanya Kansin, Dr.P.H. (Public Health)³

Received: May 5, 2019 Revised: December 19, 2020 Accepted: December 21, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีการศึกษา 2561 จำนวน 395 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ มีค่าความเชื่อมั่น .93 พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ มีค่าความเชื่อมั่น .89 และภาวะโภชนาการ เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนสิงหาคม

¹ อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

¹ Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen

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

² นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลพัฒนา อำเภอฟิชัย จังหวัดอุดรดิตต์

² Public Health Technical Officer, Phayaman District Health Promoting Hospital, Phichai District, Uttaradit Province

³ อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

³ Lecturer, Ratchathani University Udonthani Campus

2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (AOR = 2.17, 95% CI = 1.24–4.67, $p < .01$) และการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมมากกว่า 1 ชั่วโมง/ครั้ง (AOR = 2.25, 95% CI = 1.18–4.29, $p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารสถานศึกษาควรจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างวัฒนธรรมการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ รวมทั้งจัดกิจกรรมการเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง เพื่อให้หนักศึกษาลดการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกม

คำสำคัญ: วิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกม ภาวะน้ำหนักเกิน

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to identify factors associated with overweight among students in Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen. The samples consisted of 395 students studying in Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen in an academic year of 2018. The research instrument was a four-part questionnaire including personal characteristics, modern diet consuming behaviors with the reliability of .93, internet and social media using behaviors with the reliability of .89, and nutritional status. Data were collected in August, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple logistic regression analysis.

The research results revealed that factors statistically significant associated with overweight among students were alcohol drinking (AOR = 2.17, 95% CI = 1.24–4.67, $p < .01$) and use of social media for playing games more than 1 hour per time (AOR = 2.25, 95% CI = 1.18–4.29, $p < .05$).

This research suggests that educational executives should provide the campaign and enhance the culture to reduce alcohol drinking behaviors to students. In addition, educational executives should provide activities to promote students' self-esteem in reducing the use of social media for playing games.

Keywords: Modern lifestyle, Use of social media for playing games, Overweight

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมของประเทศตะวันตกของประเทศไทย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในมิติต่างๆ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันของปัจเจกบุคคล (सानิตซ์ หนูนิล และกนกวรรณ พวงประยงค์, 2562) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดเป็นวิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่หรือวิถีชีวิตที่ทันสมัย (modern lifestyle) ซึ่งเป็นชีวิตที่มีความเร่งรีบ มีการบริโภคอาหารมากเกินไป และมีกิจกรรมทางกายลดลง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.], 2559)

วัยรุ่นไทยในปัจจุบันมีวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากในอดีต (กัลยาณี โนนินทร์, 2560) โดยการดำเนินชีวิตมีความสะดวกสบายมากขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง หรือขาดการออกกำลังกาย รวมถึงมีค่านิยมในการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสสังคม จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมของคนไทยทางสื่อสังคมออนไลน์ เฟซบุ๊ก และทวิตเตอร์ ในปี 2561 โดย สสส. พบว่า รสชาติอาหารที่ได้รับความนิยมสูง คือ รสเผ็ด และรสหวาน ในขณะที่ส่วนประกอบของอาหารที่ได้รับความนิยมสูง ได้แก่ ไข่แดง ปูตอง กุ้ง นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการบริโภคอาหารสะดวกซื้อมากขึ้น และจากการสำรวจประชากรครั้งละ 27,960 คน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล ในปี 2556 และปี 2560 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยที่น่าสนใจ คือ มีการเลือกซื้ออาหารจากความชอบเป็นหลัก บริโภคบ่อยขึ้น บริโภคอาหารรสหวานและรสเค็มมากขึ้น และบริโภคผักผลไม้ลดลง (สสส., 2563)

วิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ก่อให้เกิดปัญหา ด้านสุขภาพจากการมีกิจกรรมทางกายลดลง และมีการเลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง แต่คุณค่าทางโภชนาการต่ำ เป็นสาเหตุให้เกิดความเสี่ยง ต่อปัญหาสุขภาพ เกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคอ้วน (Karnik & Kanekar, 2012; Pulgaron, 2013) ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เมื่อเกิดในวัยเรียนและวัยรุ่น จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม ด้านร่างกาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง มีปัญหาของข้อและกระดูก ที่รับน้ำหนักมาก โดยเฉพาะข้อเข่า บางคนมีอาการนอนกรนหรือหยุดหายใจตอนกลางคืนจากภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น หากเป็นเรื้อรังอาจมีภาวะหัวใจวาย ส่วนด้านจิตใจและสังคม วัยรุ่นมักสนใจรูปร่างหน้าตาของตนเอง ทำให้มีปัญหาบุคลิกภาพ ขาดความมั่นใจ ไม่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน เกิดการแยกตัว ไม่เป็นที่สนใจของเพื่อนต่างเพศ บางคนวิตกกังวลมาก อาจทำให้มีภาวะซึมเศร้า (กัลยาณี โนนินทร์, 2560) และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มีความสัมพันธ์กับอัตราการป่วยและอัตราการตาย ก่อนวัยอันควรในวัยผู้ใหญ่ (Reilly et al., 2003)

สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020) และคุณภาพชีวิตของ วัยเรียนและวัยรุ่นทั่วโลก (Karnik & Kanekar, 2012) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี 2559 เด็กและวัยรุ่นอายุ 5-19 ปี จำนวนกว่า 340 ล้านคน มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน (World Health Organization [WHO], 2020) ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน หมายถึง ภาวะที่มีการสะสมของไขมันที่ผิดปกติหรือมากเกินไป ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (WHO, 2016) ภาวะน้ำหนักเกิน

หรือโรคอ้วนจัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประชากรโลกและคนไทย สาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนที่สำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรม (Brown, Halvorson, Cohen, Lazorick, & Skelton, 2015) ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม (จันทิรา ไชยศรี, กมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม, และหทัยชนก บัวเจริญ, 2557; Gurnani, Birken, & Hamilton, 2015) และพบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมบางอย่างของบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (Brown et al., 2015) โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการใช้ชีวิต ทั้งนี้ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อปีละกว่า 40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยภายในปี 2573 หากยังไม่มีการแก้ไข ค่าความสูญเสียอาจสูงถึง 47 ล้านล้านดอลลาร์ (WHO, 2014) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบว่า ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกือบ 400,000 คน คิดเป็นร้อยละ 76 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และร้อยละ 50 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร คิดเป็นความสูญเสียถึงร้อยละ 2.20 ของ GDP ต่อปี (สสส., 2563)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 37.50 (เพศชายร้อยละ 32.90 และเพศหญิงร้อยละ 41.80) เกือบ 3 ใน 10 คน ของผู้ชายไทย และ 4 ใน 10 คน ของผู้หญิงไทย อยู่ในเกณฑ์อ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) (วิชัย เอกพลากร, 2557) สำหรับการคัดกรองภาวะอ้วนนั้น การวัดค่าดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) เป็นค่าที่นิยมนำมาใช้มากที่สุด เนื่องจากวัดง่าย เชื่อถือได้ และสะท้อนปริมาณไขมันในร่างกายได้ดี (กัลยาณี โนนินทร์, 2560; ดวงพร กัตัญญตานนท์, 2554)

นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสุพรรณบุรี จังหวัดขอนแก่น อยู่ในช่วงวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ จากรายงานการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ ของนักศึกษาจำนวน 395 คน ในปี 2562 พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคกาแฟในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ถึงร้อยละ 68.98 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 51.85 และในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 46.75 ส่วนความถี่ในการบริโภคคือ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 53.02 (ทิพธัญญา หมั่นอกัย, 2562) และมีพฤติกรรมการบริโภคหมูกระทะบุฟเฟต์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ถึงร้อยละ 82.67 ซึ่งบริโภคในช่วงเวลา 16.00-20.00 น. ร้อยละ 81.78 และอาหารที่เลือกบริโภคคือ ประเภทหมูสามชั้น ถึงร้อยละ 71.56 (ชญาดา สุกุลภัณฑารักษ์, 2562) จะเห็นว่า อาหารที่นักศึกษาเลือกบริโภคส่วนใหญ่เป็นประเภทที่ให้พลังงานสูง ประกอบกับนักศึกษามีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ที่ค่อนข้างถี่และเป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน และเมื่อทำการประเมินภาวะโภชนาการของนักศึกษา พบว่ามีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วนระดับที่ 1 และ 2 ถึงร้อยละ 24.05 จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษา ในกิจกรรมใดที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษา แม้ว่าที่ผ่านมาจะพบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษาบ้างแล้ว เช่น การศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่พบว่า ค่าดัชนีมวลกายของเด็กวัยรุ่นทั้งชายและหญิงมีความสัมพันธ์กับการใช้เวลาใน

การดูโทรทัศน์หรือวิดีโอ และพบว่า ปริมาณอาหารที่รับประทาน หรือปริมาณพลังงานที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับการใช้เวลาว่างในการดูโทรทัศน์และการใช้คอมพิวเตอร์ โดยวัยรุ่นชายจะได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นวันละ 400 กิโลแคลอรี และวัยรุ่นหญิงจะได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นวันละ 300 กิโลแคลอรี จากอาหารที่บริโภคในขณะที่ไม่มีการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย (Utter, Neumark-Sztainer, Jeffery, & Story, 2003) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ส่วนใหญ่พบการศึกษาในประเด็นการสำรวจภาวะน้ำหนักเกินและภาวะสุขภาพของวัยรุ่น และมีการเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างกลุ่ม เช่น การศึกษาของฉัตรฤดี สุบรรณ ณ อยุธยา และพรพิไล เดิมสินสวัสดิ์ (2560) ที่พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินในระดับปานกลาง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาชายและหญิงแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (จินดารัตน์ สมใจนึก และจอม สุวรรณโณ, 2563) และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับการมีกิจกรรมทางกายของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (วารินทร์ มากสวัสดิ์, 2559) แต่การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ กับภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มวัยรุ่นโดยตรงยังมีน้อย คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็น

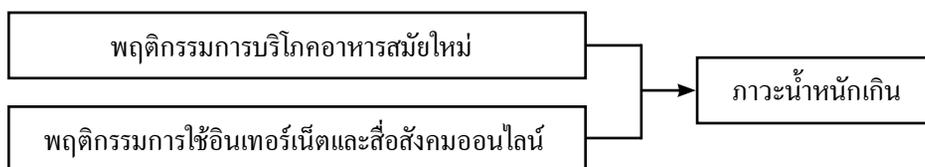
ดังกล่าว เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปสู่การสร้าง ความตระหนักรู้ และการส่งเสริมให้นักศึกษามีภาวะโภชนาการที่ดีและเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ และภาวะน้ำหนักเกิน ของนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย พฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ และปัจจัย พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ กับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ และปัจจัยพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ กับภาวะหนักเกินของนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยตัวแปรต้นได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีการศึกษา 2561 จำนวน 568 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Hsieh, Bloch, and Larsen (1998) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 395 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) สุ่มแบบชั้นภูมิ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรแต่ละหลักสูตร ได้นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ จำนวน 68 คน หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเทคนิคเภสัชกรรม จำนวน 92 คน หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 132 คน และหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข จำนวน 103 คน และ 2) สุ่มแบบเป็นระบบ โดยคำนวณช่วงของการสุ่ม ได้ค่าประมาณ 2 จากนั้นนำรายชื่อนักศึกษาแต่ละหลักสูตรมาจัดเรียงตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 สุ่มเลือกหมายเลขเริ่มต้น (ได้หมายเลข 1) แล้วบวกกับค่าช่วงของการสุ่ม (เท่ากับ 2) จึงได้ลำดับที่ 3, 5, 7, 9, ... จนครบจำนวน 395 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ หลักสูตรที่ศึกษา ชั้นปี รายจ่ายที่ได้รับจากครอบครัว ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การกู้ยืมเงินกองทุนเพื่อการศึกษา

และโรคประจำตัว จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย/ปฏิบัติน้อยมากใน 1 เดือน ปฏิบัติน้อย/ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติปานกลาง/ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติมาก/ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ และปฏิบัติมากที่สุด/ปฏิบัติทุกวัน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ในระดับน้อย (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับมาก (3.67-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย/ปฏิบัติน้อยมากใน 1 เดือน ปฏิบัติน้อย/ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติปานกลาง/ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติมาก/ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ และปฏิบัติมากที่สุด/ปฏิบัติทุกวัน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ในระดับน้อย (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับมาก (3.67-5 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ภาวะโภชนาการ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับน้ำหนัก และส่วนสูง จำนวนทั้งสิ้น 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมค่า โดยภาวะน้ำหนักเกินในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลก โดยให้จุดตัดที่ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ม.² ขึ้นไป และแบ่งดัชนีมวลกายโดยใช้เกณฑ์ของประชากรเอเชียตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ดังนี้ น้ำหนักน้อย (< 18.50 กก./ม.²)

น้ำหนักปกติ (18.50–22.99 กก./ม.²) น้ำหนักเกิน (23–24.99 กก./ม.²) อ้วนระดับ 1 (25–29.99 กก./ม.²) และอ้วนระดับ 2 (≥ 30 กก./ม.²)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นั้น คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรที่มีความเชี่ยวชาญด้านสถิติ ด้านโภชนาการ และด้านพฤติกรรม หากค่าอำนาจจำแนก (discriminant) ในส่วนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ ได้ค่าอยู่ในช่วง .20–.47 และ .15–.34 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นในส่วนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ และพฤติกรรมการใช้ อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ ด้วยวิธีการของ ครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .93 และ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (เอกสารรับรอง เลขที่ HE 612049 วันที่ 26 ธันวาคม 2561) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขอ อนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบหัวหน้า ชั้นปี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่

คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้น ขอความร่วมมือให้หัวหน้าชั้นปีนัดหมายเวลากับ กลุ่มตัวอย่างเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัย พบกลุ่มตัวอย่างแต่ละหลักสูตรและแต่ละชั้นปี ตามตารางนัดหมาย แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์ สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลาประมาณ 25 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะโภชนาการ ข้อมูลพฤติกรรม การบริโภคอาหารสมัยใหม่ และข้อมูลพฤติกรรม การใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะน้ำหนักเกิน วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ การถดถอยพหุโลจิสติก ซึ่งมีขั้นตอนโดยสรุป คือ 1) ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่าง ง่ายในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ทั้งสองกับภาวะน้ำหนักเกินที่ระบุ โดยตัวแปรภาวะ น้ำหนักเกินมีคำตอบ คือ ระดับน้ำหนักน้อยถึงปกติ (ให้รหัส 0) และระดับน้ำหนักเกินขึ้นไป (ให้รหัส 1) และ 2) ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น กับตัวแปรตาม โดยวิเคราะห์ทีละหลายตัวแปร คัดเลือกตัวแปรจากผลการวิเคราะห์อย่างง่ายจาก ค่า $p < .250$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของนักศึกษา พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 85.57 มีอายุต่ำสุด คือ 18 ปี และสูงสุด คือ 38 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 20.28 ปี ($SD = 1.71$) ศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขา

วิชาสาธารณสุขชุมชน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.44 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.75 รายจ่ายที่ได้รับจากครอบครัวเฉลี่ย 6,953.42 บาท/เดือน ($SD = 5,068.95$) มีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเฉลี่ย 5,713.54 บาท/เดือน ($SD = 2,937.50$) กู้ยืมเงินกองทุนเพื่อการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.57 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 92.15

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ของนักศึกษา พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 77.21 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 22.28 และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ .51 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ที่

มีความถี่ของการบริโภค 3 วันขึ้นไป/สัปดาห์ ดังนี้ ประเภทอาหาร นักศึกษามีการรับประทานเนื้ออย่างเกาหลี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.85 รองลงมา คือ การรับประทานไก่ทอด คิดเป็นร้อยละ 42.53 และการรับประทานบุฟเฟต์ คิดเป็นร้อยละ 33.93 ตามลำดับ ประเภทขนมหวาน นักศึกษามีการรับประทานไอศกรีม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.58 รองลงมา คือ การรับประทานช็อกโกแลต คิดเป็นร้อยละ 37.47 และการรับประทานเบเกอรี่ คิดเป็นร้อยละ 29.37 ตามลำดับ และประเภทเครื่องดื่ม นักศึกษามีการดื่มน้ำหวาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.63 รองลงมา คือ การดื่มน้ำอัดลม คิดเป็นร้อยละ 42.28 และการดื่มน้ำชา คิดเป็นร้อยละ 28.10 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาที่ปฏิบัติตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ จำแนกเป็นรายข้อ (n = 395)

ปัจจัย	ความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ (จำนวน ร้อยละ)				
	ไม่เคย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-6 วัน	ทุกวัน
1. พาสต้า	314 (79.49)	51 (12.91)	25 (6.33)	3 (.76)	2 (.51)
2. พิซซ่า	290 (73.42)	74 (18.73)	25 (6.33)	5 (1.27)	1 (.25)
3. แซมเบอเกอร์	284 (71.90)	80 (20.25)	24 (6.07)	5 (1.27)	2 (.51)
4. สเต็ก	260 (65.82)	91 (23.04)	35 (8.86)	7 (1.77)	2 (.51)
5. เนื้อย่างเกาหลี	86 (21.77)	120 (30.38)	104 (26.33)	57 (14.43)	28 (7.09)
6. ไก่ทอด	79 (20.00)	148 (37.47)	101 (25.57)	54 (13.67)	13 (3.29)
7. มันฝรั่งทอด	180 (45.57)	121 (30.63)	66 (16.71)	25 (6.33)	3 (.76)
8. ชูชิ หรืออาหารญี่ปุ่น	150 (37.97)	145 (36.71)	64 (16.20)	27 (6.84)	9 (2.28)
9. บุฟเฟต์	130 (32.91)	131 (33.16)	76 (19.24)	45 (11.40)	13 (3.29)
10. ไอศกรีม	83 (21.01)	128 (32.41)	99 (25.06)	62 (15.70)	23 (5.82)
11. เค้ก	167 (42.28)	124 (31.39)	70 (17.72)	28 (7.09)	6 (1.52)
12. เบเกอรี่	150 (37.97)	129 (32.66)	80 (20.25)	30 (7.60)	6 (1.52)
13. ช็อกโกแลต	127 (32.15)	120 (30.38)	78 (19.75)	52 (13.16)	18 (4.56)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาที่ปฏิบัติตามพฤติกรรมกรบริโภคอาหารสมัยใหม่ จำแนกเป็นรายข้อ (n = 395) (ต่อ)

ปัจจัย	ความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ (จำนวน ร้อยละ)				
	ไม่เคย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-6 วัน	ทุกวัน
14. กาแฟ	250 (63.29)	73 (18.48)	39 (9.87)	24 (6.08)	9 (2.28)
15. ชา	191 (48.36)	93 (23.54)	61 (15.44)	37 (9.37)	13 (3.29)
16. น้ำหวาน	87 (22.03)	108 (27.34)	113 (28.61)	64 (16.20)	23 (5.82)
17. น้ำอัดลม	111 (28.10)	117 (29.62)	96 (24.31)	39 (9.87)	32 (8.10)
18. เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์	249 (63.04)	82 (20.76)	43 (10.89)	14 (3.54)	7 (1.77)

3. พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษา พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.53 รองลงมา คือ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 26.84 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.63 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ที่มีความถี่ 3 วัน

ขึ้นไป/สัปดาห์ คือ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (ไลน์ เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม แชน) คิดเป็นร้อยละ 92.65 รองลงมา คือ การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิง เช่น ดูหนัง/ฟังเพลง มากกว่า 1 ชั่วโมง/ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 91.65 และการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อโพสต์รูปภาพ แชร้งกิจกรรมต่างๆ ของตนเอง มากกว่า 1 ชั่วโมง/ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.93 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาที่ปฏิบัติตามพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ จำแนกเป็นรายข้อ (n = 395)

ปัจจัย	ความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ (จำนวน ร้อยละ)				
	ไม่เคย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-6 วัน	ทุกวัน
1. ใช้สื่อสังคมออนไลน์ (ไลน์ เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม แชน) มากกว่า 1 ชม./ครั้ง	14 (3.55)	15 (3.80)	48 (12.15)	61 (15.44)	257 (65.06)
2. ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการซื้อขายสินค้าออนไลน์ มากกว่า 1 ชม./ครั้ง	90 (22.79)	63 (15.95)	108 (27.34)	55 (13.92)	79 (20.00)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาที่ปฏิบัติตามพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ จำแนกเป็นรายชื่อ (n = 395) (ต่อ)

ปัจจัย	ความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ (จำนวน ร้อยละ)				
	ไม่เคย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-6 วัน	ทุกวัน
3. ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิง เช่น ดูหนัง/ฟังเพลง มากกว่า 1 ชม./ครั้ง	7 (1.77)	26 (6.58)	73 (18.48)	71 (17.98)	218 (55.19)
4. ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมส์ มากกว่า 1 ชม./ครั้ง	85 (21.52)	67 (16.96)	88 (22.28)	46 (11.65)	109 (27.59)
5. ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อโพสต์รูปภาพ แชร่กิจกรรมต่างๆ ของตนเอง มากกว่า 1 ชม./ครั้ง	33 (8.35)	70 (17.72)	109 (27.60)	73 (18.48)	110 (27.85)
6. ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นพินออนไลน์ มากกว่า 1 ชม./ครั้ง	298 (75.44)	24 (6.08)	34 (8.61)	12 (3.04)	27 (6.83)

4. น้ำหนักของนักศึกษา พบว่า นักศึกษามีน้ำหนักในระดับน้ำหนักปกติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.68 รองลงมา คือ ระดับน้ำหนักน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.27 และพบว่า นักศึกษามีน้ำหนักตั้งแต่ระดับน้ำหนักเกินขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับน้ำหนัก (n = 395)

ระดับน้ำหนัก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้ำหนักน้อย (BMI < 18.50 kg/m ²)	84	21.27
น้ำหนักปกติ (BMI 18.50-22.99 kg/m ²)	216	54.68
น้ำหนักเกิน (BMI 23.00-24.99 kg/m ²)	42	10.63
อ้วนระดับ 1 (BMI 25.00-29.99 kg/m ²)	37	9.37
อ้วนระดับ 2 (BMI ≥ 30.00 kg/m ²)	16	4.05

min = 15.24, max = 38.28, M = 21.24, SD = 3.81

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมสัปดาห์มากกว่า 1 ชั่วโมง/ครั้ง โดยนักศึกษาที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกิน เป็น 2.17 เท่า ของนักศึกษาที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ

แอลกอฮอล์ (AOR = 2.17, 95% CI = 1.24–4.67, $p < .01$) และพบว่า นักศึกษาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมสัปดาห์มากกว่า 1 ชั่วโมง/ครั้ง มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกิน เป็น 2.25 เท่า ของนักศึกษาที่ไม่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมสัปดาห์มากกว่า 1 ชั่วโมง/ครั้ง (AOR = 2.25, 95% CI = 1.18–4.29, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษา (n = 395)

ปัจจัย	จำนวน	% ภาวะน้ำหนักเกิน	COR	AOR	95% CI	p
การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์						.005
ไม่ใช่	331	22.05	1	1		
ใช่	64	34.38	2.28	2.17	1.24–4.67	
การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมสัปดาห์มากกว่า 1 ชม./ครั้ง						.014
ไม่ใช่	152	17.76	1	1		
ใช่	243	27.98	2.22	2.25	1.18–4.29	

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ในระดับน้อย และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นและเกิดในเจนเนอเรชันวาย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 20.28 ปี คนรุ่นนี้จึงมีแนวคิด ค่านิยม

และพฤติกรรมที่แตกต่างจากคนรุ่นก่อน ทั้งด้านลักษณะการดำเนินชีวิต การบริโภค และการต้องใช้เวลาให้กับกิจกรรมหรือสิ่งที่ตนเองชอบ (Meier & Crocker, 2010) ประชากรในเจนเนอเรชันวายสนใจการติดต่อสื่อสาร และต้องการเข้าไปอยู่ในเครือข่ายทางสังคม (Dickey & Sullivan, 2007) รวมถึงกลุ่มตัวอย่างมีความสะดวกในการใช้ชีวิตตามวิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ เนื่องจากที่ตั้งของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ตั้งอยู่ใจกลางเมือง ที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ อยู่ใกล้วิทยาลัยหรือหอพักเอกชนที่นักศึกษาพักอยู่

ทำให้เชื่อมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยใหม่ เช่น มีร้านหมูกระทะ ร้านกาแฟ อยู่ใกล้วิทยาลัย หรือ วิทยาลัยและหอพักเอกชนที่นักศึกษาพักอยู่มีการให้บริการอินเทอร์เน็ตฟรีแก่นักศึกษา ทำให้สะดวกในการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของกูเบสร์ สมุทรจักร และมนสิการ กาญจนจิตรรา (2557) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไป โดยได้รับอิทธิพลจากการบริโภคอาหารแบบตะวันตก และสอดคล้องกับการศึกษาของมโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์ (2559) ที่พบว่า กลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดหนึ่งมีการรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดเป็นอาหารเข้า

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีน้ำหนักตั้งแต่ระดับน้ำหนักเกินขึ้นไป ร้อยละ 24.05 ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษามีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน เช่น นักศึกษามีการรับประทานเนื้อย่างเกาหลี 3 วันขึ้นไป/สัปดาห์ ถึงร้อยละ 47.85 ซึ่งเนื้อย่างเกาหลีเป็นอาหารที่มีไขมันสูง และน้ำจิ้มมีส่วนประกอบของน้ำตาล ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้ รวมถึงมีนักศึกษาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมสัปดาห์มากกว่า 1 ชั่วโมง/ครั้ง มากถึงร้อยละ 61.52 ซึ่งการเล่นเกมที่มากเกินไปจะทำให้การมีกิจกรรมทางกายลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกิน สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ที่พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในกลุ่มอายุ 15-29 ปี อยู่ที่ร้อยละ 25.60 โดยพบในเพศชายร้อยละ 25.80 และในเพศหญิงร้อยละ 25.30 เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 พบว่ามีอัตราความชุกที่

เพิ่มขึ้นตนเดียวกับกลุ่มอื่นๆ (วิชัย เอกพลากร, 2557) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Vandelanotte, Sugiyama, Gardiner, and Owen (2009) ที่พบว่า คนที่ใช้เวลาในการเล่นอินเทอร์เน็ตมากเกินไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกิน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมสัปดาห์มากกว่า 1 ชั่วโมง/ครั้ง ในส่วนการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ พบว่า นักศึกษาที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกิน เป็น 2.17 เท่า ของนักศึกษาที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ทั้งนี้เนื่องจากเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ เป็นเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงพอๆ กับการรับประทานอาหารมื้อใหญ่ๆ ซึ่งนักศึกษาที่ดื่มมากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ จะได้รับพลังงานเท่ากับไขมัน 6.74-14.83 กิโลกรัม/ปี (Battista & Leatherdale, 2017) ซึ่งโดยปกติผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ก็มักมีการรับประทานอาหารอย่างอื่นเป็นกับแกล้มจำนวนมากอยู่แล้ว ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้อ้วนหรือน้ำหนักเกินได้ สำหรับการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเล่นเกมสัปดาห์มากกว่า 1 ชั่วโมง/ครั้ง พบว่า นักศึกษาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมสัปดาห์มากกว่า 1 ชั่วโมง/ครั้ง มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกิน เป็น 2.25 เท่า ของนักศึกษาที่ไม่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมสัปดาห์มากกว่า 1 ชั่วโมง/ครั้ง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้รณรงค์ให้ประชาชนมีการออกกำลังกายอย่างน้อย 10-30 นาที/วัน หรือสัปดาห์ละ 3 วัน (สสส., 2559) ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน คือ การเปลี่ยนแปลงทาง

สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารตามกระแสนิยม และวิถีชีวิตประจำวันก็เปลี่ยนไป มีการรับประทานอาหารเช้าๆ เกือบทุกวัน จนเกินความต้องการของร่างกาย หรือรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง และมีการออกกำลังกายน้อย ทั้งนี้ มาตรการการป้องกันและควบคุมภาวะโภชนาการเกินที่สำคัญ คือ การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกาย รวมทั้งการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับพฤติกรรม (อุรุวรรณ เข้มบริสุทธิ และนฤมล สุวรรณอ่อน, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Nuaim et al. (2012) ที่พบว่า ภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน หรืออ้วนลงพุง มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการออกกำลังกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wei et al. (2012) ที่พบว่า การไม่มีกิจกรรมทางกาย และการดูทีวีเป็นเวลานาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะน้ำหนักเกินของเยาวชน ผู้ปุ่บทั้งเพศหญิงและเพศชาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Thiabritthi, Laohasiriwong, and Phajan (2019) ที่พบว่า วิถีการดำเนินชีวิตแนวใหม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน โดยนักศึกษาที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกิน เป็น 3.12 เท่า และนักศึกษาที่ใช้อินเทอร์เน็ตในการเล่นเกมส์จะมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกิน เป็น 2.31 เท่า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสถานศึกษาควรจัดกิจกรรมรณรงค์ และสร้างวัฒนธรรมการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ที่เป็นรูปธรรมให้นักศึกษา รวมทั้งจัดกิจกรรมการเพิ่มการรับรู้คุณค่า

ในตนเอง เพื่อให้รักษากิจการการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อเล่นเกมส์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะน้ำหนักเกินโดยใช้แนวคิดการเสริมพลัง และการมีส่วนร่วมของนักศึกษา โดยผู้วิจัยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงด้วยตนเอง ด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักและอุปกรณ์วัดส่วนสูงที่มีประสิทธิภาพ แทนการให้นักศึกษาตอบข้อมูลเอง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของค่าดัชนีมวลกาย

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลกระทบและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี โนอินทร์. (2560). ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก, 18*(พิเศษ), 1-8.
- จันทิรา ไชยศรี, กมลทิพย์ ขลังธรรมนิยม, และ หทัยชนก บัวเจริญ. (2557). แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการภาวะอ้วนในเด็ก: การสังเคราะห์งานวิจัย. *วารสารพยาบาลทหารบก, 15*(2), 360-367.
- จินดารัตน์ สมใจนึก, และจอม สุวรรณโณ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วนในกลุ่มวัยรุ่นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นตอนปลายสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น: การเปรียบเทียบความชุกในห้ากลุ่มอายุและสามกลุ่มอายุ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 31*(1), 142-159.

- Battista, K., & Leatherdale, S. T. (2017). Estimating how extra calories from alcohol consumption are likely an overlooked contributor to youth obesity. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 37(6), 194–200. doi:10.24095/hpcdp.37.6.03
- Brown, C. L., Halvorson, E. E., Cohen, G. M., Lazorick, S., & Skelton, J. A. (2015). Addressing childhood obesity: Opportunities for prevention. *Pediatric Clinics of North America*, 62(5), 1241–1261. doi:10.1016/j.pcl.2015.05.013
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Overweight & obesity; Defining adult overweight and obesity*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/obesity/adult/defining.html>
- Dickey, J., & Sullivan, J. (2007). Generation shift in media habits. *Media Week*, 17(7), 10.
- Gurnani, M., Birken, C., & Hamilton, J. (2015). Childhood obesity: Causes, consequences, and management. *Pediatric Clinics of North America*, 62(4), 821–840. doi:10.1016/j.pcl.2015.04.001
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, 17(14), 1623–1634. doi:10.1002/(sici)1097-0258(19980730)17:143.0.co;2-s
- Karnik, S., & Kanekar, A. (2012). Childhood obesity: A global public health crisis. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(1), 1–7.
- Meier, J., & Crocker, M. (2010). Generation Y in the workforce: Managerial challenges. *The Journal of Human Resource and Adult Learning*, 6(1), 68–78. Retrieved from <http://www.hraljournal.com/Page/8%20Justin%20Meier.pdf>
- Pulgaron, E. R. (2013). Childhood obesity: A review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clinical Therapeutics*, 35(1), 18–32. doi:10.1016/j.clinthera.2012.12.014
- Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L., & Kelnar, C. J. H. (2003). Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 88(9), 748–752. Retrieved from <https://adc.bmj.com/content/archdischild/88/9/748.full.pdf>
- Thiabriti, S., Laohasiriwong, W., & Phajan, T. (2019). Modern lifestyles and overnutrition among undergraduate students in the northeast of Thailand. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(6), 637–643. doi:10.5958/0976-5506.2019.01348.2

- Utter, J., Neumark-Sztainer, D., Jeffery, R., & Story, M. (2003). Couch potatoes or french fries: Are sedentary behaviors associated with body mass index, physical activity, and dietary behaviors among adolescents?. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(10), 1298–1305. doi:10.1016/s0002-8223(03)01079-4
- Vandelanotte, C., Sugiyama, T., Gardiner, P., & Owen, N. (2009). Associations of leisure-time internet and computer use with overweight and obesity, physical activity and sedentary behaviors: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 11(3), e28. doi:10.2196/jmir.1084
- Wei, C. N., Harada, K., Ueda, K., Fukumoto, K., Minamoto, K., & Ueda, A. (2012). Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 17(3), 222–227. doi:10.1007/s12199-011-0244-8
- World Health Organization. (2014). *Noncommunicable diseases country profiles 2014*. Retrieved from <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>
- World Health Organization. (2016). *Obesity and overweight*. Retrieved from <http://www.int/mediacenter/factsheets/fs311/en/index.html>
- World Health Organization. (2020). *Obesity and overweight*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
-

ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชา การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล Effect of Problem-based Learning Approach in Nursing Care of Person with Mental Health Problems Subject on Cognitive Skills of Nursing Students

ปวีดา โปธิ์ทอง, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Prawida Photong, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)¹

สุพัตรา จันทรสุวรรณ, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)²

Suphattra Chansuwan, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)²

สุนทรีย์ ะชาตย์, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)³

Soontaree Khachat, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)³

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)⁴

Saowalak Sripho, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)⁴

Received: September 1, 2020 Revised: November 26, 2020 Accepted: December 3, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 จำนวน 123 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย คู่มือการเรียนการสอน

^{1, 2, 3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

^{1, 2, 3} Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute

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

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

⁴ Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute

โดยใช้ปัญหาเป็นฐานสำหรับรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล และแบบวัดและประเมินผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญา มีค่าความเชื่อมั่น .88 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 6-27 พฤศจิกายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และ paired *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาโดยรวมสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.644, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรนำการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานไปใช้ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในรายวิชาการพยาบาลอื่นๆ เพื่อส่งเสริมทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ทักษะทางปัญญา นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of problem-based learning approach in Nursing Care of Person with Mental Health Problems Subject on cognitive skills of nursing students. The samples consisted of 123, 3rd-year nursing students studying at Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi in an academic year of 2018. The research instruments included the manual of problem-based learning for Nursing Care of Person with Mental Health Problems Subject, the personal data record form, and the cognitive learning outcomes evaluation instrument with the reliability of .88. The implementation and data collection were conducted during November 6-27, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, and paired *t*-test.

The research results revealed that after receiving the problem-based learning approach, the nursing students had statistically significant higher overall mean score of cognitive skills than that of before receiving the problem-based learning approach ($t = 7.644, p < .001$).

This research suggests that nursing instructors should continuously apply this problem-based learning approach in Nursing Care of Person with Mental Health Problems Subject and other nursing subjects in order to enhance cognitive skills among nursing students.

Keywords: Problem-based learning, Cognitive skill, Nursing student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการศึกษาพยาบาลมีเป้าหมายในการผลิตพยาบาลที่มีคุณภาพ จึงต้องมีการจัดการศึกษาที่พัฒนาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ให้แก่ผู้เรียน รวมทั้งพัฒนาผู้เรียนให้มีความรับผิดชอบ มีคุณธรรม จริยธรรม และมีบทบาทในการสร้างความรู้ด้วยตนเองสามารถคิดเป็น ทำเป็น แก้ไขปัญหาเป็น ทั้งนี้ ตามหลักการจัดการศึกษาที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและมุ่งให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติจริง จำเป็นต้องปรับวิธีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนมีความสามารถในการใช้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เป็นนักปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพตามขอบเขตที่วิชาชีพกำหนด สามารถสร้างความรู้ใหม่จากความเป็นจริงตามบริบทของการเรียนรู้ให้ผู้เรียนเกิดทักษะในการคิดวิเคราะห์และคิดแก้ไขปัญหา (คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก, 2558) ประกอบกับกระทรวงศึกษาธิการได้ออกประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558 (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2558) เพื่อเป็นกรอบมาตรฐานให้สถาบันอุดมศึกษาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนและพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษา ให้สามารถผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ และเพื่อประโยชน์ต่อการรับรองมาตรฐานคุณวุฒิในระดับอุดมศึกษา ซึ่งคุณภาพของบัณฑิต

ทุกระดับคุณวุฒิและสาขา/สาขาวิชาต่างๆ ต้องเป็นไปตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่คณะกรรมการการอุดมศึกษากำหนด และต้องครอบคลุมอย่างน้อย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งสถาบันการศึกษาทุกแห่งรวมถึงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ใช้เป็นแนวทางในการจัดการศึกษาให้เป็นไปตามนโยบายในการพัฒนาการจัดการศึกษา

แนวทางการจัดการศึกษาในปัจจุบันจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ให้แก่ผู้เรียน โดยการจัดการเรียนการสอนได้มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญที่สอดคล้องกับการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ที่ผู้เรียนได้สร้างความรู้ที่เกิดจากความเข้าใจของตนเองมีส่วนร่วมในการเรียนมากขึ้น และมีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง (active learning) ทั้งนี้ สถาบันพระบรมราชชนกมีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพสมัยใหม่ อันเป็นหลักสูตรที่เน้นทฤษฎีควบคู่กับการปฏิบัติจริง ซึ่งจำเป็นต้องปรับวิธีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนมีความสามารถในการใช้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เป็นนักปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพตามขอบเขตที่วิชาชีพกำหนด สามารถสร้างความรู้ใหม่จากความเป็นจริงตามบริบทของการเรียนรู้ให้ผู้เรียน

เกิดทักษะในการคิดวิเคราะห์และคิดแก้ปัญหา ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเชิงเหตุผล ที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของผู้เรียนได้ และสอดคล้องกับผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ซึ่งวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน (คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาลโดยรวม หลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอน (นภาพร พุฒิมิษฐ์, สุรศักดิ์ พุฒิมิษฐ์, มาริสา สุวรรณราช, และอรรถัย แก้วมหากาฬ, 2560)

ผลการประเมินผู้เรียนในปีการศึกษา 2560 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี พบว่า วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นวิชาที่ค่อนข้างเป็นนามธรรม ผู้ป่วยจิตเวชมีความซับซ้อนไม่ชัดเจนเหมือนผู้ป่วยฝ่ายกาย ส่งผลให้ผู้เรียนขาดทักษะทางปัญญา ทำให้ผู้เรียนไม่มั่นใจในการวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้อง และจากการศึกษาติดตามคุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ในช่วงปีการศึกษา 2558-2560 โดยอิงตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ที่กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ไว้ 6 ด้าน พบว่า จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ผู้ใช้บัณฑิตมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อคุณภาพบัณฑิตโดยรวมเท่ากับ 4.23 ($SD = .27$), 4.30 ($SD = .54$) และ 4.33 ($SD = .36$) ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อคุณภาพบัณฑิตด้านคุณธรรมจริยธรรมเท่ากับ 4.45 ($SD = .37$), 4.53 ($SD = .53$) และ 4.61 ($SD =$

.33) ตามลำดับ ด้านความรู้เท่ากับ 4.13 ($SD = .39$), 4.18 ($SD = .61$) และ 4.21 ($SD = .46$) ตามลำดับ ด้านทักษะปัญญาเท่ากับ 3.90 ($SD = .40$), 3.93 ($SD = .65$) และ 3.95 ($SD = .52$) ตามลำดับ ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบเท่ากับ 4.35 ($SD = .39$), 4.55 ($SD = .62$) และ 4.48 ($SD = .40$) ตามลำดับ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเท่ากับ 4.06 ($SD = .40$), 4.13 ($SD = .59$) และ 4.17 ($SD = .47$) ตามลำดับ และด้านทักษะปฏิบัติวิชาชีพเท่ากับ 4.13 ($SD = .38$), 4.22 ($SD = .67$) และ 4.26 ($SD = .45$) (สุนทรี ชะชาตย์ และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, 2559, 2560; เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ และสุนทรี ชะชาตย์, 2561) จะเห็นได้ว่า คุณภาพบัณฑิตด้านทักษะทางปัญญามีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ

การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) เป็นการเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากผู้สอนเสนอปัญหาใหม่ที่ท้าทายและสอดคล้องกับสถานการณ์จริง ภาระค้ำให้ผู้เรียนเกิดความต้องการแสวงหาความรู้ และนำไปประกอบการเดิมมาสร้างองค์ความรู้เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา เพื่อฝึกให้รู้จักคิดวิเคราะห์และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา รู้จักตัดสินใจ ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก, 2558) ทั้งนี้ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานจะส่งผลให้ผู้เรียนเกิดทักษะทางปัญญา เนื่องจากกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาในการแสวงหาความรู้ด้วยการค้นคว้าหาข้อมูลด้วยตนเอง จะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา จากนั้นนำปัญหามาเชื่อมโยงกับความรู้ มีการคิดอย่างมีเหตุผลเพื่อแก้ปัญหานั้น ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะทางปัญญาในการคิด (เกียรติกำจร กุศล, กำไล สมรภักษ์, จันทร์จรรย์ ถือทอง, และธัญวลัย หองต้า, 2560;

นภาพร พุฒิวิเศษย์ และคณะ, 2560; วิดาพร ทับทิมศรี และองอาจ นัยวัฒน์, 2560)

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้สามารถนำความรู้ไปสู่การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

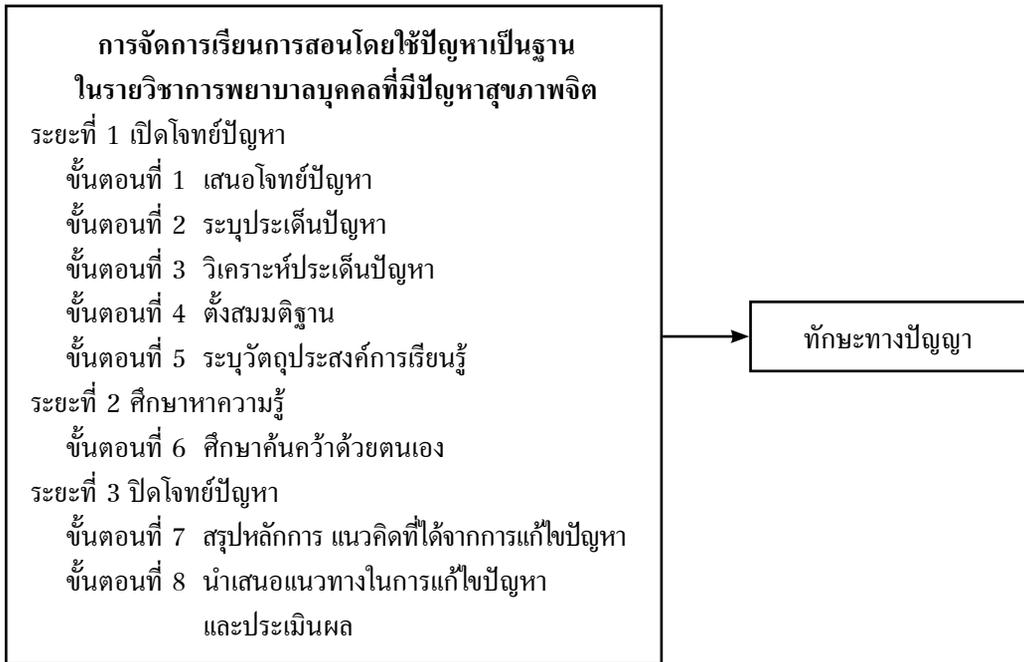
เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต

สมมติฐานการวิจัย

หลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานของสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะทางปัญญา โดยมีสถานการณ์มากระตุ้นให้เกิดการแสวงหาความรู้ และนำความรู้จากประสบการณ์เดิมมาสร้างองค์ความรู้เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา ฝึกให้รู้จักการคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล (เกียรติกิจกร กุศล และคณะ, 2560; คณาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก, 2558; นภาพร พุฒิวิเศษย์ และคณะ, 2560) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ นำการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานมาใช้ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้โจทย์สถานการณ์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง ทั้งนี้ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เปิดโจทย์ปัญหา ระยะที่ 2 ศึกษาหาความรู้ และระยะที่ 3 ปิดโจทย์ปัญหา โดยเชื่อว่า การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ และส่งผลให้เกิดทักษะทางปัญญาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 123 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ขอดถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน สำหรับรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงตามคู่มือครูในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักสำหรับวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก, 2558) ประกอบด้วยเนื้อหาจำนวน 3 บท ได้แก่ 1) การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาเกี่ยวกับการคิด การรับรู้ 2) การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเกี่ยวกับอารมณ์ และ 3) การพยาบาลบุคคลที่ใช้สารเสพติด โดยมีส่วนประกอบหลัก ได้แก่ ข้อมูลรายวิชา ขั้นตอนการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน บทบาทผู้สอน บทบาทผู้เรียน และการประเมินผล ทั้งนี้ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ 8 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะที่ 1

เปิดโจทย์ปัญหา มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ เสนอโจทย์ปัญหา ระบุประเด็นปัญหา วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ตั้งสมมติฐาน และระบุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ระยะเวลาที่ 2 ศึกษาหาความรู้ มี 1 ขั้นตอน คือ ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และระยะเวลาที่ 3 ปิดโจทย์ปัญหา มี 2 ขั้นตอน คือ สรุปหลักการ แนวคิดที่ได้จากการแก้ปัญห และนำเสนอแนวทางในการแก้ปัญห และประเมินผล ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดและประเมินผล การเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญา ของอมาวสี อัมพันธ์ศิริรัตน์ และคณะ (2556) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการตระหนักรู้ในศักยภาพ และสิ่งที่เป็จุดอ่อนของตนเอง จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านความสามารถในการสืบค้น และวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านความสามารถในการนำข้อมูลและหลักฐานไปใช้ในการอ้างอิง และแก้ปัญหอย่างมีวิจารณญาณ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านความสามารถในการคิดวิเคราะห์ อย่างเป็นระบบ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพ และที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้ประสบการณ์เป็นฐาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพในการให้บริการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านความสามารถในการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ การวิจัย และนวัตกรรมที่เหมาะสมในการแก้ปัญห จำนวน 8 ข้อ และ 6) ด้านความสามารถในการพัฒนาวิธีการแก้ปัญหที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบททางสุขภาพที่เปลี่ยนไป จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 32 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จาก

คะแนน 1-4 ได้แก่ ปฏิบัติได้ถูกต้องตามคำสั่งหรือ คำบอก ปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อได้รับคำแนะนำเพิ่มเติม ปฏิบัติได้ถูกต้องด้วยตนเอง และปฏิบัติได้ถูกต้องและเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่น ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีทักษะทางปัญญาในระดับน้อย (1-1.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับมาก (2.51-3.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (3.51-4 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นั้น ผู้วิจัยนำคู่มือการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานสำหรับรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .90 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบวัด และประเมินผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ 022/2561 วันที่ 27 กันยายน 2561) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

2. ก่อนการเรียนการสอน 1 สัปดาห์ คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของนักศึกษาพยาบาล แบบวัดและประเมินผล การเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญา ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

3. คณะผู้วิจัยแจกคู่มือการเรียนการสอน โดยใช้ปัญหาเป็นฐานให้แก่กลุ่มตัวอย่างและผู้สอน เพื่อให้ทำความเข้าใจก่อนการเรียนการสอน จากนั้น คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดการเรียน การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน และขั้นตอนการจัด การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานทั้ง 8 ขั้นตอน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มย่อย จำนวน 15 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน แต่ละกลุ่มมีอาจารย์ประจำ กลุ่ม 1 คน คือ คณะผู้วิจัยและทีมผู้สอน ทำหน้าที่ เป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ โดยการใช้คำถาม กระตุ้นการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เลือกวิธี การเรียนรู้ของตนเอง ให้เวลาในการค้นคว้า กระตุ้น ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการอภิปราย ส่งเสริมให้ ผู้เรียนประเมินตนเองและผู้อื่น และสร้างบรรยากาศ ในการเรียนรู้

4. คณะผู้วิจัยและทีมผู้สอนจัดการเรียน การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานแก่กลุ่มตัวอย่าง ตาม ขั้นตอนต่าง ๆ 8 ขั้นตอน โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนิน กิจกรรมระยะที่ 1 เปิดโจทย์ปัญหา โดยผู้สอนเสนอ โจทย์ปัญหา และให้กลุ่มตัวอย่างระดมประเด็นปัญหา วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ตั้งสมมติฐาน และระบุ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ในสัปดาห์ที่ 2 ดำเนิน กิจกรรมระยะที่ 2 ศึกษาหาความรู้ โดยผู้สอนให้ กลุ่มตัวอย่างศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ในสัปดาห์ ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมระยะที่ 3 ปิดโจทย์ปัญหา โดย

ผู้สอนให้กลุ่มตัวอย่างสรุปหลักการ แนวคิดที่ได้จาก การแก้โจทย์ปัญหา และในสัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรม ระยะที่ 3 ปิดโจทย์ปัญหา โดยผู้สอนให้กลุ่มตัวอย่าง นำเสนอแนวทางในการแก้โจทย์ปัญหา และประเมินผล ทั้งนี้ จัดการเรียนการสอนสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง รวม จำนวน 12 ชั่วโมง ซึ่งในการเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้ กระบวนการกลุ่มนั้น ผู้เรียนต้องมีความรับผิดชอบ ตรงต่อเวลา สื่อสารด้วยวาจา ทำหน้าที่สุภาพ เหมาะสม และเข้าใจบทบาทของตนเอง (ประธาน เลขานุการ และสมาชิก) โดยประธานวางโครงสร้างในการอภิปราย ช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เลขานุการจดบันทึกความคิดเห็น สรุปประเด็น สำคัญ และช่วยเหลือประธาน ส่วนสมาชิกให้ ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม

5. หลังการเรียนการสอน 1 สัปดาห์ คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดและประเมินผล การเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญา หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูลในช่วงวันที่ 6-27 พฤศจิกายน 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบ ทักษะทางปัญญาโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อน กับหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็น ฐาน วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 87.40 มีอายุอยู่ในช่วง 19-21 ปี คิดเป็น ร้อยละ 94.10 และมีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.51-3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.10

2. การเปรียบเทียบทักษะทางปัญญาของ นักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการจัด

การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า หลังการจัดการเรียนการสอนฯ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาโดยรวมสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.644, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อ

จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการจัดการเรียนการสอนฯ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาทุกด้านสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบทักษะทางปัญญาโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ทักษะทางปัญญา	n	M	SD	t	p
ก่อนการจัดการเรียนการสอน	123	2.70	.29	7.644	< .001
หลังการจัดการเรียนการสอน	123	2.99	.34		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบทักษะทางปัญญารายด้านของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต (n = 123)

ทักษะทางปัญญา	ก่อนการจัด การเรียนการสอน		หลังการจัด การเรียนการสอน		t	p
	M	SD	M	SD		
1. ด้านการตระหนักรู้ในศักยภาพ และสิ่งที่เป็นจุดอ่อนของตนเอง	2.91	.36	3.16	.41	5.638	< .001
2. ด้านความสามารถในการสืบค้น และวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่ง ข้อมูลที่หลากหลาย	2.73	.36	3.05	.43	6.647	< .001
3. ด้านความสามารถในการนำ ข้อมูลและหลักฐานไปใช้ในการ อ้างอิง และแก้ไขปัญหา อย่างมีวิจารณญาณ	2.70	.43	3.00	.46	5.365	< .001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบทักษะทางปัญญารายด้านของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต (n = 123) (ต่อ)

ทักษะทางปัญญา	ก่อนการจัด การเรียนการสอน		หลังการจัด การเรียนการสอน		t	p
	M	SD	M	SD		
4. ด้านความสามารถในการคิดวิเคราะห์ห้อย่างเป็นระบบ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพ และที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้ประสบการณ์เป็นฐาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพในการให้บริการพยาบาล	2.65	.39	2.97	.36	6.324	< .001
5. ด้านความสามารถในการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ การวิจัย และนวัตกรรมที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา	2.63	.37	2.91	.36	6.462	< .001
6. ด้านความสามารถในการพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบททางสุขภาพที่เปลี่ยนไป	2.65	.36	2.90	.41	5.445	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาโดยรวมสูงกว่าก่อนการจัด

การเรียนการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากคณะผู้วิจัยและทีมผู้สอนได้เปิดโจทย์ โดยใช้โจทย์สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนสามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชได้โดยการค้นคว้าหาข้อมูล ซึ่งเป็นวิธีการเรียนรู้โดยการชี้นำตนเอง จากนั้นนำปัญหามา

เชื่อมโยงกับความรู้ มีการคิดไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล เพื่อแก้ไขปัญหาที่ ซึ่งทำได้โดยการตั้งสมมติฐาน และพิสูจน์สมมติฐาน อีกทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้ ไปประยุกต์และนำความรู้จากแหล่งต่างๆ มาแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการใฝ่รู้ เกิดกระบวนการคิดและกระบวนการแก้ไขปัญหาต่างๆ และสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งแตกต่างจากการเรียนการสอนแบบบรรยาย ที่เป็นกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยการเตรียมเนื้อหาสาระ และบรรยายเนื้อหาสาระหรือสิ่งที่ต้องการสอนแก่ผู้เรียน ผู้เรียนไม่มีส่วนร่วมในการเรียน ไม่เอื้อต่อการเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดทักษะทางปัญญาได้น้อย (เมออร์นินท์ ตั้งปฐมวงศ์ และคณะ, 2561; ทิศนา แจมมณี, 2555) จากเหตุผลดังกล่าว การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน จึงสามารถพัฒนาทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร พุฒินิธิชัย และคณะ (2560) ที่พบว่า หลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาโดยรวมสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอน

ผลการวิจัยพบว่า หลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญารายด้านสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยแต่ละด้านได้ดังนี้

ด้านการตระหนักรู้ในศักยภาพและสิ่งที่เป็นจุดอ่อนของตนเอง เนื่องจากการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นการเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากผู้สอนเสนอปัญหาที่ทำทนายและสอดคล้องกับ

สถานการณ์จริงมากระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความต้องการแสวงหาความรู้ และนำประสบการณ์เดิมมาสร้างองค์ความรู้ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นผู้ใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง ศึกษาค้นคว้าเพื่อที่จะได้คำตอบของปัญหา เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการทำงานเป็นทีม เพื่อให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ และพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา ส่งเสริมผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตได้ (เกียรติกิจาร กุศล และคณะ, 2560; คณาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก, 2558; สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และคณะ, 2554; อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2555; Rideout & Carpio, 2001) นอกจากนี้ การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานยังเน้นให้ผู้เรียนรู้จักการทำงานเป็นกลุ่ม อันเป็นการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่ส่งเสริมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการเรียน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและอภิปรายกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ อีกทั้งการทำงานเป็นกลุ่มยังส่งผลถึงทักษะทางสังคมและทักษะการทำงานกลุ่ม เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ (Johnson, Johnson, & Holubec, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณพร บุญเปล่ง และคณะ (2559) ที่พบว่า การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแต่ละคน มีการทำหน้าที่ที่แตกต่างกันในการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาจากโจทย์สถานการณ์ที่กำหนด จากเหตุผลดังกล่าว การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานจึงส่งผลให้ผู้เรียนตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเอง ในการรับผิดชอบการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยผู้เรียนจะต้องมีความสนใจตั้งใจ และรับผิดชอบแผนการเรียนรู้ของตนเอง และสามารถแสดงศักยภาพในการเรียนรู้แบบชี้นำตนเอง (Brockett & Hiemstra, 1991) อีกทั้งทราบจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเอง เข้าใจความแตกต่าง

ของแต่ละบุคคล โดยการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อยทำให้สมาชิกมีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนในงานที่ได้รับมอบหมาย เป็นการพัฒนาศักยภาพของคนที่ทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่ม

ด้านความสามารถในการสืบค้น และวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เนื่องจากในการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ผู้เรียนต้องรวบรวมข้อมูลและศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง โดยแยกย้ายกันไปศึกษาหาความรู้จากแหล่งวิทยาการต่างๆ ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ โดยสืบค้นจากตำรา วารสารภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คัดเลือกข้อมูลที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือ รวมทั้งสามารถสื่อสารบอกความสัมพันธ์ของข้อมูล สรุป และนำเสนอได้ (อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2555) โดยในชั้นตอนที่ 6 การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ผู้เรียนต้องเป็นผู้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และเชื่อถือได้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบชี้นำตนเอง จากนั้นนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ อภิปรายร่วมกัน อันเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่จากความเข้าใจของผู้เรียน เพื่อนำมาอธิบายในการแก้ไขปัญหา จนกว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ อีกทั้งการเรียนการสอนวิธีนี้เป็นวิธีหนึ่งที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้ปัญหาเป็นจุดเริ่มต้นในการแสวงหาความรู้ด้วยการค้นคว้าข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเอง เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีอิสระในการคิดค้นคว้าและวางแผนในการเรียน ตลอดจนการประเมินผลด้วยตนเอง (Rideout & Carpio, 2001)

ด้านความสามารถในการนำข้อมูลและหลักฐานไปใช้ในการอ้างอิง และแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ เนื่องจากลักษณะสำคัญของการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานที่เปลี่ยนจากการเน้นความรู้มาเน้นที่กระบวนการเรียนรู้ โดยผู้เรียนจะ

ต้องระบุประเด็นปัญหาจากโจทย์สถานการณ์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง จากนั้นนำปัญหามาเชื่อมโยงกับความรู้ มีการคิดไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งทำได้โดยการตั้งสมมติฐานและการพิสูจน์สมมติฐาน มีการแสวงหาความรู้ที่ถูกต้องและหลากหลาย วิเคราะห์ข้อมูลและหลักฐานเพื่อนำมาแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้เรียนมีการตัดสินใจที่ดีและแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Duch, Groh, and Allen (2001) และของ Rideout and Carpio (2001) ที่พบว่า การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้ปัญหาในการแสวงหาความรู้ด้วยการค้นคว้าข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้ จากเหตุผลดังกล่าว การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานจึงทำให้ผู้เรียนสามารถนำข้อมูลและหลักฐานไปใช้ในการอ้างอิงและแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณได้

ด้านความสามารถในการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพและที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้ประสบการณ์เป็นฐาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพในการให้บริการพยาบาล เนื่องจากการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานมีการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยใช้โจทย์สถานการณ์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเวชมาเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ โดยให้ผู้เรียนระบุปัญหา และวิเคราะห์ประเด็นปัญหา โดยการตั้งสมมติฐานที่เป็นไปได้อย่างมีเหตุผล สามารถเชื่อมโยงกับปัญหาในสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวช มีการค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้มาทดสอบสมมติฐานในการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวช ได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ การวิเคราะห์

การอภิปราย และการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ใช้กระบวนการคิดขั้นสูง สามารถจัดความคิดอย่างเป็นระบบ เข้าใจปัญหา และสถานการณ์ ทำให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งการคิดอย่างมีวิจารณญาณส่งผลดีต่อนักศึกษาพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาล การตัดสินใจ ในคลินิก เป็นการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล อีกทั้งการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ (อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร พุฒิวิชัย, สุรศักดิ์ พุฒิวิชัย, และอริสรา จิตต์วิบูลย์ (2563) ที่พบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาล ส่งผลให้เพิ่มทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหา และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อเป็นการพัฒนาผู้เรียนให้มีความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านความสามารถในการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ การวิจัย และนวัตกรรมที่เหมาะสม ในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ผู้สอนได้ให้โจทย์สถานการณ์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชที่ซับซ้อน และท้าทาย ทำให้ผู้เรียนต้องการศึกษาหาความรู้มาใช้ในการแก้ไขปัญหาในโจทย์สถานการณ์ โดยพบว่า ในขณะที่ทำการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ผู้เรียนแสวงหาความรู้จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ วิเคราะห์ข้อมูลที่หาได้อย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาเชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์เดิม มีการคิดไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อพิสูจน์สมมติฐาน และหาแนวคิด และหลักการในการแก้ไขปัญหาได้ โดยในขั้นตอนที่ 7 คือ สรุปหลักการ แนวคิดที่ได้จากการแก้ไข

ปัญหา และในขั้นตอนที่ 8 นำเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหา และประเมินผล ผู้เรียนสามารถนำแนวคิดและหลักการแก้ไขปัญหามาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่กำหนดได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับที่ทิศนา แจมมณี (2555) กล่าวว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก เป็นการจัดสภาพการณ์ของการเรียนการสอนที่ใช้ปัญหาเป็นเครื่องมือในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามเป้าหมาย โดยผู้สอนอาจนำผู้เรียนไปเผชิญสถานการณ์ปัญหาจริง หรือผู้สอนอาจจัดสภาพการณ์ให้ผู้เรียนเผชิญปัญหา และฝึกกระบวนการคิดวิเคราะห์ปัญหา เกิดทักษะ และกระบวนการคิด และกระบวนการแก้ไขปัญหา สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

ด้านความสามารถในการพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบททางสุขภาพที่เปลี่ยนไป เนื่องจากการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน เป็นการเรียนการสอนวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญ ทำให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาในโจทย์สถานการณ์ได้ สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติจริง และสามารถใช้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เป็นนักปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพตามขอบเขตที่วิชาชีพกำหนด สามารถสร้างความรู้ใหม่จากความเป็นจริงตามบริบททางสุขภาพของการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ และยังเป็นวิธีการเรียนการสอนสำหรับสถาบันการศึกษาพยาบาลในการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์และทักษะการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งวิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน แตกต่างจากวิธีการสอนอื่น คือ เป็นการเรียนรู้ที่เน้นกระบวนการมากกว่าเนื้อหาวิชา เนื่องจากต้องปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้อื่นในกระบวนการกลุ่มและสังคม

ผู้เรียนสามารถเรียนรู้และแสวงหาความรู้ได้ตลอดเวลาโดยใช้กระบวนการคิดและการแก้ไขปัญหา (อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณพร บุญเปล่ง และคณะ (2559) ที่พบว่า การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานสามารถสร้างความรู้ทางวิชาชีพและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

อาจารย์พยาบาลควรนำการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานไปใช้ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในรายวิชาการพยาบาลอื่นๆ เพื่อส่งเสริมทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานกับการจัดการเรียนการสอนวิธีอื่นๆ ต่อการพัฒนาทักษะทางปัญญาและผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านอื่นตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานต่อการพัฒนาทักษะทางปัญญา ระหว่างผู้เรียนที่มีผลการเรียนสูงกับผู้เรียนที่มีผลการเรียนต่ำ

เอกสารอ้างอิง

เกียรติกำจร กุศล, กำไล สมรักษ์, จันทร์จรรย์ ถือทอง, และธัญวลัย หองคำ. (2560). ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานต่อการเสริมสร้างผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการภาวะผู้นำและการจัดการทางพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(3), 39–55.

คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. (2558). *คู่มือครูในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักสำหรับวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก*. นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.

ณอร์นินทร์ ตั้งปฐมวงศ์, นุชนาถ บุญมาศ, สุจิตา ดิลการยทรัพย์, จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย, กานต์รวี โบราณมูล, และวสันต์ สีแดน. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐานต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 259–266.

ทิศนา ขัมมณี. (2555). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร พุฒิวณิชย์, สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, มาริสา สุวรรณราช, และอรัญญ์ แก้วมหากาฬ. (2560). ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 1–14.

นภาพร พุฒิวณิชย์, สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, และอริสา จิตต์วิบูลย์. (2563). แนวทางจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL สำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 324–335.

วรรณพร บุญเปล่ง, อัมพร เทียงตรงดี, อารีย์ นรภูมิ พิภักษ์, สรายุทธ นามเมือง, นิชมน หล้ารอด, และเอนกพงศ์ อ้อยคำ. (2559). ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(4), 29–38.

- วิดาพร ทับทิมศรี, และองอาจ นัยวัฒน์. (2560). การเสริมสร้างทักษะกระบวนการคิดทางการพยาบาลผู้ใหญ่โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม*, 33(1), 104–114.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2558). *กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (ฉบับที่ 3)*. สืบค้นจาก http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/research/3_2558.PDF
- สุนทรี ชะชาตย์, และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์. (2559). การศึกษาติดตามคุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2558 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี.
- สุนทรี ชะชาตย์, และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์. (2560). การศึกษาติดตามคุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี.
- สุระพรรณ พนมฤทธิ, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, สุกรีใจเจริญสุข, พนารัตน์ วิสวเทพนิมิตร, จรรยา แก้วใจบุญ, และนันทิกา อนันต์ชัยพัชานา. (2554). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักและการกำกับตนเองเพื่อส่งเสริมการคิดวิจารณ์และการรับรู้ทัศนคติของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(2), 108–123.
- เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, และสุนทรี ชะชาตย์. (2561). การศึกษาติดตามคุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2560 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี.
- อมาวลี อัมพันศิริรัตน์, กัญญ์ลลิตา จันทร์เจริญ, ปิยรัตน์ จินาพันธุ์, วัจมาย สุขวนวัฒน์, อัจริยา วัชรวิวัฒน์, และวราภรณ์ ศิวดำรงพงศ์. (2556). การพัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผลพัชร์การเรียนรู้ ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 ของเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 7(2), 1–8.
- อารีวรรณ กลั่นกลิ่น. (2555). *การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักทางการพยาบาลศาสตร์*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์พิมพ์พานานา.
- Brockett, R. G., & Hiemstra, R. (1991). *Self-direction in adult learning: Perspectives on theory, research, and practice*. New York: Routledge.
- Duch, B. J., Groh, S. E., & Allen, D. E. (2001). *The power of problem-based learning*. Sterling, VA: Stylus.
- Johnson, D. W., Johnson, R. T., & Holubec, E. J. (1993). *Cooperation in the classroom* (6th ed.). Edina, MN: Interaction Book.
- Rideout, E., & Carpio, B. (2001). The problem-based learning model of nursing education. In K. E. Rideout (Ed.), *Transforming nursing education through problem-based learning* (pp. 21–49). London: Jones & Bartlett Publishing.

การปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยรุ่นของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา Maternal Task Adaptation of Undergraduate Students

ชั้นทอง สุขพ่อง, พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)¹

Khanthong Sukphong, M.N.S. (Community Health Nursing)¹

พัชรินทร์ พูนทวิ, ปส.ด. (การพยาบาล)²

Patcharin Poonthawe, Ph.D. (Nursing)²

Received: November 10, 2020 Revised: November 25, 2020 Accepted: December 2, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยรุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยรุ่นของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ผู้ให้ข้อมูลเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-24 ปี ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวน 14 คน และผู้เกี่ยวข้องที่สนับสนุนหรือช่วยเหลือแม่วัยรุ่น จำนวน 14 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของแม่วัยรุ่น แนวคำถามในการสัมภาษณ์แม่วัยรุ่น แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องที่สนับสนุนหรือช่วยเหลือแม่วัยรุ่น และแบบบันทึกภาคสนาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัยพบว่า การปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยรุ่น และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยรุ่น แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับรู้ต่อการตั้งครรภ์และการมีบุตรของแม่วัยรุ่น ระยะเวลา คือ รู้สึกเสียใจ ผิดหวัง ระยะเวลาต่อมา คือ รู้สึกกังวล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Burapha University Hospital

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

ง สัมสนต่อการใช้ชีวิตที่ต้องปรับตัว และระยะต่อมา คือ รู้สึกว่าต้องอดทนต่อสิ่งรอบข้างและอดทนต่ออารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวของตนเองทั้งในระยะตั้งครรภ์จนถึงการคลอด และการเลี้ยงดูบุตรที่เกิดมา 2) การปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตของแม่วัยเรียน ประกอบด้วย การปรับตัวด้านการเรียน ด้านการเลี้ยงดูบุตร และด้านสังคมและเศรษฐกิจ และ 3) แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยเรียน ที่สำคัญที่สุด คือ บิดามารดาของตนเอง ที่ให้การยอมรับ ให้กำลังใจ ช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันและค่าใช้จ่าย ช่วยให้แม่วัยเรียนสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตของตนเองได้ดี

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารสถานศึกษาควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบสนับสนุนให้แม่วัยเรียนได้คงอยู่ในระบบการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทชีวิต แม่วัยเรียน นักศึกษาระดับอุดมศึกษา

Abstract

This qualitative research aimed to study the maternal task adaptation of undergraduate students and their social supports. The informants consisted of 14 undergraduate students aged 18–24 years who delivered at one of the hospital in Chon Buri Province, together with their supporters. The research instruments included the researcher, the college mother demographic record form, the interview guide for college mother, the interview guide for supporter, and the field note. An in-depth interview and observation were performed to collect data from October to December, 2019. Data were analyzed by content analysis and thematic analysis.

The research results revealed that the maternal task adaptation of undergraduate students and their social supports were consisted of 3 themes: 1) the college mother's perceptions toward pregnancy and giving birth:- at the initial period, they were sad and disappointment, at the following period, they were anxiety and confuse, after that, they thought they might be patient for the surroundings and their own emotions, 2) the adaptation for living, comprised the study dimension, the mothercraft dimension, and the socio-economic dimension, and 3) the social supports, the most important is the college mother's parents who provided acceptance and encouragement, took care of daily activities and expenses, these help college mothers to be able to adapt their maternal tasks.

This research suggests that educational executives should apply these research results as a guideline for setting a supporting system to remain the college mothers in the educational system.

Keywords: Task, College mother, Undergraduate student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยมีความคาดหวังและต้องการให้วัยรุ่นและเยาวชนทำหน้าที่ศึกษาเล่าเรียนให้จบการศึกษาสูงสุด การพูดการสอนเกี่ยวกับเรื่องเพศส่วนใหญ่ถูกมองว่าเป็นการช่วยทางเพศ พ่อแม่จึงมีความลำบากใจในการสอนเรื่องเพศให้แก่ลูก ทำให้วัยรุ่นแสวงหาความรู้เรื่องเพศจากแหล่งความรู้นอกระบบ เช่น กลุ่มเพื่อน อีกทั้งในปัจจุบัน วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศจากสื่อประเภทต่างๆ ได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว เช่น อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ (อรอุมา ทางดี, นญาประไพ สาระ, และภัทรพงศ์ ชูเศษ, 2561) ผลกระทบที่ตามมา คือ การมีพฤติกรรมเลียนแบบที่หลากหลาย โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันจนเกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จะเห็นได้จากข้อมูลการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย พบว่าอาชีพของแม่ก่อนตั้งครรภ์เป็นนักเรียน นักศึกษาถึงร้อยละ 38 รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 22.50 และศึกษานอกระบบโรงเรียนร้อยละ 13 (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562)

การที่วัยรุ่นยังต้องศึกษาเล่าเรียนและอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ปกครอง จึงไม่สามารถรับผิดชอบชีวิตตนเองได้อย่างอิสระ เมื่อต้องรับบทบาทเป็นมารดาทำให้รู้สึกว่ามีการรับผิดชอบกับชีวิตที่เกิดมาและไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะดูแล

ทารกได้ เนื่องจากอายุน้อย ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก จากการศึกษาพบว่า การขาดความช่วยเหลือจากครอบครัวมีผลต่อผลลัพธ์ในการเลี้ยงดูทารก และส่งผลต่อสภาวะอารมณ์ของแม่วัยรุ่นด้วย (Sindiwe, Dalena, & Juanita, 2012) และพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ยังไม่ได้แต่งงานจะเกิดความรู้สึกหมกมุ่นค่าในตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตช่วงวัยรุ่นได้สิ้นสุดลง มีการตอบโต้ปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบ ห่วงกังวลต่อสภาวะทารกในครรภ์ รวมถึงต้องปรับตัว วางแผนการทำงานและการกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาอีกครั้ง (ศศินันท์ พันธุ์สุวรรณ, พัชรินทร์ สังวาล, อิชยา มอญแสง, และพัชรินทร์ ไชยบาล, 2555) อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นขณะเลี้ยงดูบุตรและเรียนหนังสือที่ศึกษานอกระบบพบว่า มารดาวัยรุ่นรับรู้ว่าตนเอง “เหนื่อยแต่มีความสุข” โดยมีความคิด 3 หมวดหมู่ ได้แก่ 1) ความเหนื่อยยากแต่ก็ผ่านไปได้ 2) เป็นประสบการณ์ที่ดี และ 3) การมีเป้าหมายในชีวิต (เบญญาภา ธิติมาพงษ์, จันทร์ปภัทร์ เครือแก้ว, และสุนันทา ช่างนิชเศรษฐ, 2560) แต่หากเป็นไปได้ มารดาวัยรุ่นก็ไม่ต้องการให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและไม่ต้องการให้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกิดขึ้นซ้ำอีก (ปัญญาภรณ์ ยะเกษม และพัชรภักดิ์ ไชยสังข์, 2557)

จากรายงานสถานการณ์การคลอดในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2562 ระบุว่า อัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิง อายุ 15-19 ปี เท่ากับ 48.90 ต่อ

พันประชากร ส่วนอัตราการคลอดในกลุ่มเดียวกันของประเทศไทยเท่ากับ 39.60 ต่อพันประชากร เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัดชลบุรีมีอัตราการคลอดของวัยรุ่นกลุ่มนี้สูงสุดในเขตสุขภาพที่ 6 และจากข้อมูล ณ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีของเขตสุขภาพที่ 6 สูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ (ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี, 2562) ทั้งนี้ ข้อมูลของประเทศไทยพบว่า สถิติการคลอดของหญิงกลุ่มนี้โดยรวมเริ่มมีอัตราสูงขึ้นมากตั้งแต่ปี 2550 จึงทำให้มีนักวิชาการสนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการคลอดของกลุ่มวัยรุ่นในหลากหลายพื้นที่ ทั้งกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาและสิ้นสุดการศึกษาแล้ว โดยเฉพาะในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี ส่วนในกลุ่มนักศึกษาที่เป็นเยาวชนและเป็นแม่วัยรุ่นเรียนที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ยังไม่มีการศึกษามาก่อน คณะผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นของการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบทบาทด้านต่างๆ ของนักศึกษาที่ตั้งครรภ์ ผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว และยังคงสถานะเป็นนักศึกษาอยู่ในสถานศึกษาเดิม ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตสำหรับเยาวชนรุ่นต่อมา ครอบครัวของเยาวชน บุคลากรทางสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้บริหาร ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ เพื่อดูแลเยาวชนในสถานศึกษาอย่างเป็นรูปธรรมตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยรุ่นเรียนของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา
2. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยรุ่นเรียนของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้การศึกษาตามแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกส์ (hermeneutic phenomenology) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับความเป็นบุคคล โดยเชื่อว่าบุคคลให้คุณค่าหรือความหมายแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต รวมทั้งภูมิหลัง เช่น อายุ การศึกษา วัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคม ซึ่งการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกส์เป็นการศึกษาประสบการณ์ตามสภาพที่เป็นจริงตามการรับรู้และการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ โดยมีวิธีการค้นหา วิเคราะห์ เขียนบรรยายและอธิบายประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมาจากการสัมภาษณ์บนพื้นฐานของการรับรู้ส่วนบุคคล ภูมิหลัง สังคม และวัฒนธรรมของผู้ให้ข้อมูลโดยตรง โดยมุ่งทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในมุมมองของเจ้าของประสบการณ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ คือ แม่วัยรุ่นเรียน ที่ต้องปรับตัวกับบทบาทการเป็นมารดาและการเป็นนักศึกษา รวมถึงความสัมพันธ์กับสามี เพื่อน ซึ่งแม่วัยรุ่นเรียนมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิต ทำให้รู้สึกว่าตัวเองยังมีคุณค่า และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ตามแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกส์ (hermeneutic phenomenology)

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 เป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-24 ปี ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) ยังคงสถานะเป็นนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา 2) ตั้งครรภ์ครั้งแรก 3) บุตรยังมีชีวิตอยู่ อายุไม่เกิน 1 ปี 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูล คณะผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturation) กล่าวคือ มีแบบแผนข้อมูลที่ซ้ำกัน และไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 14 คน และกลุ่มที่ 2 เป็นผู้เกี่ยวข้องที่สนับสนุนหรือช่วยเหลือแม่วัยเรียนที่แม่วัยเรียนกล่าวถึงว่ามีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนบทบาทการใช้ชีวิตของแม่วัยเรียน เช่น บิดามารดาของตนเอง บิดามารดาของสามี สามี เพื่อน อาจารย์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 14 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญ นอกจากประสบการณ์การปฏิบัติงานในคลินิกวัยรุ่นแล้ว ยังมีการเตรียมความพร้อมด้านวิชาการ โดยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษาระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิดในสถานการณ์จริง

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของแม่วัยเรียน คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ลักษณะการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะที่พักอาศัย สถานที่ฝากครรภ์ จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ และผู้เกี่ยวข้องที่สนับสนุนหรือช่วยเหลือ จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์แม่วัยเรียน คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

และประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลวัยรุ่น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การรับรู้ต่อการตั้งครรภ์ และการมีบุตรของแม่วัยเรียน และส่วนที่ 2 การปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตของแม่วัยเรียน มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

4. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องที่สนับสนุนหรือช่วยเหลือแม่วัยเรียน คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

5. แบบบันทึกภาคสนาม คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับรหัสผู้ให้ข้อมูล ครั้งที่สัมภาษณ์ วัน-เวลาที่สัมภาษณ์ สถานที่ในการสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ขณะทำการสัมภาษณ์

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นั้น คณะผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์แม่วัยเรียน (ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2) และแนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องที่สนับสนุนหรือช่วยเหลือแม่วัยเรียน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัย (2 คน) และพยาบาลวิชาชีพด้านจิตวิทยา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .85, .66 และ 1 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์แม่วัยเรียนและผู้เกี่ยวข้องที่สนับสนุนหรือช่วยเหลือแม่วัยเรียน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 164/2562 วันที่ 24 กันยายน 2562) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย

รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยหลักฝึกฝนเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 1 คน เพื่อทำการสังเกต บันทึกข้อมูล และบันทึกเทปการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแม่วัยเรียนที่ห้อยลูกหลังคลอด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล (ข้อ 2) และให้ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของแม่วัยเรียน โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และขออนุญาต บันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยหลักทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแม่วัยเรียนตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์แม่วัยเรียนครั้งที่ 1 โดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที ทั้งนี้ ขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้ช่วยผู้วิจัยมีการสังเกตพฤติกรรม และสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกภาคสนาม จากนั้นทำการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ที่บ้านหรือในชุมชนตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแม่วัยเรียน โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้เกี่ยวข้องที่สนับสนุนหรือช่วยเหลือแม่วัยเรียน ผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลที่บ้านหรือในชุมชนตามความสะดวก แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล (ข้อ 2) จากนั้นผู้วิจัยหลักทำการสัมภาษณ์เชิงลึก 1 ครั้ง ทั้งนี้ ขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้ช่วยผู้วิจัยมีการสังเกตพฤติกรรม และสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกภาคสนาม ภายหลังจากดำเนินการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น คณะผู้วิจัยจ้างนิสิตฝึกงานที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 1 คน เพื่อทำการถอดเทปการสัมภาษณ์ จากนั้นคณะผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบเนื้อหาที่วิเคราะห์แล้วร่วมกับผู้ให้ข้อมูล

ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของแม่วัยเรียน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) โดยอ่านเรื่องราวจากการจดบันทึกการสัมภาษณ์ทั้งหมดและหาความสัมพันธ์เชื่อมโยงของข้อมูล และให้รหัสข้อมูล (code) คัดแยกข้อมูลรหัสเดียวกันมาอยู่ด้วยกัน และยกประโยคคำพูด (quotation) ของแต่ละคนที่เกี่ยวข้องมาวางเรียงลงรหัส (sub code) สรุปประมวลผลโดยใช้ภาษาวิชาการในการอธิบายเรื่องราวให้ครอบคลุมเนื้อหา คัดเลือกประโยคคำพูดที่ยืนยันข้อสรุปได้ชัดเจนที่สุดมาประกอบ

สำหรับการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล คณะผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ Guba and Lincoln (1989) โดยมีวิธีการดังนี้ 1) การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านทฤษฎี และโดยผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ 2) การนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์เบื้องต้นย้อนกลับมาตรวจสอบความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง (member checks) 3) การเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และมีความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) และ 4) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นกรอบกระตุ้นแนวความคิดในการสร้างแนวคำถามให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสามารถในการยืนยัน (conformability)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของแม่วัยเรียน พบว่า แม่วัยเรียนจำนวนทั้งสิ้น 14 คน มีอายุเฉลี่ย 20.70 ปี ($SD = 1.63$) ส่วนใหญ่ศึกษาในภาคปกติ จำนวน 11 คน มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน แต่ไม่ได้จดทะเบียน จำนวน 9 คน พักอาศัยที่บ้านเช่า/หอพักมากที่สุด จำนวน 6 คน ทุกคนมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้มาฝากครรภ์มากกว่า 5 ครั้ง จำนวน 11 คน และผู้เกี่ยวข้องที่สนับสนุนหรือช่วยเหลือเป็นบิดามารดาของตนเองมากที่สุด จำนวน 8 คน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแม่วัยเรียน และผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้เกี่ยวข้องที่สนับสนุนหรือช่วยเหลือแม่วัยเรียน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลแสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยเรียน และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยเรียน โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การรับรู้ต่อการตั้งครรภ์และการมีบุตรของแม่วัยเรียน การรับรู้เป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น เป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และความเข้าใจของแต่ละคน จากการสัมภาษณ์พบว่า แม่วัยเรียนมีการรับรู้ต่อตนเองและการใช้ชีวิตหลังทราบว่ามี การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ ระยะแรก คือ รู้สึกเสียใจ ผิดหวัง ระยะต่อมา คือ รู้สึกกังวล ings สับสนต่อการใช้ชีวิตที่ต้องปรับตัว และระยะต่อมา คือ รู้สึกว่าต้องอดทนต่อสิ่งรอบข้างและอดทนต่ออารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวของตนเองทั้งในระยะตั้งครรภ์จนถึงการคลอด และการเลี้ยงดูบุตรที่เกิดมา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การรับรู้ระยะแรก รู้สึกเสียใจ ผิดหวังกับการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ เนื่องจากแม่วัยเรียนคาดหวังกับการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา ต้องการเรียนให้จบปริญญาตรี และคิดว่าการตั้งครรภ์

ครั้งนี้ส่งผลต่อการเรียน บางคนอีกไม่นานก็จะเรียนจบแล้ว และรู้สึกว่าเหตุการณ์นี้ส่งผลต่อความรู้สึกของคนในครอบครัว ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เสียใจมาก เหมือนหนูเป็นคนตั้งความหวังไว้สูง ตั้งอนาคตตัวเองไว้ แล้วมันก็เลยแบบรู้สึกเสียใจ ผิดหวังในตัวเอง แม้ก็เหมือนกับว่าเค้าก็ร้องไห้ เพราะว่าหนูร้องไห้ใจ เค้าเป็นคนที่ชอบร้องไห้ตาม” (ID1)

“เสียใจ ไม่อยากให้เป็นแบบนี้ เพราะก็จะเรียนจบอยู่แล้ว เสียใจว่าครอบครัวผิดหวังในตัวเรา เพราะก่อนหน้านี้หนูก็เตรียมไปรอบหนึ่งละ กลัวว่าจะเรียนไม่จบ เค้าก็กลัวว่า หนูท้องแล้วจะไปเรียนได้ไหม หนูก็ว่า หนูจะไปบอกอาจารย์ว่าหนูก็ไม่ได้มีปัญหาว่าเรียนไม่ได้ หนูก็อยากเรียนให้จบ” (ID8)

แม่วัยเรียนรู้สึกเสียใจ ผิดหวัง เมื่อทราบว่าการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการใช้ชีวิตที่ผิดพลาด เกี่ยวข้องกับสุรา และถูกฝ่ายชายหลอกหลวง ไม่แสดงความรับผิดชอบ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“พลาด เสียใจ ร้องไห้อยู่สองวัน หนูก็ไม่ทราบว่า จะตั้งครรภ์ ประจำเดือนก็มาไม่ปกติอยู่แล้วแต่เดิม ไม่มีอะไรเป็นที่สังเกต หนูไม่ได้อยากให้ผู้ชายมารับผิดชอบ เพราะเป็นการพลาดตอนเมา” (ID3)

1.2 การรับรู้ระยะต่อมา แม่วัยเรียนรู้สึกกังวล ings สับสน เป็นสภาพจิตใจของแม่วัยเรียนเพื่อควบคุมสถานการณ์ ควบคุมสภาพแวดล้อม กิดกังวล สับสนถึงการดำเนินชีวิตต่อไปทั้งเรื่อง การเรียน การตั้งครรภ์ ความสมบูรณ์ของบุตรในครรภ์ บางคนสับสนจนคิดจะไปทำแท้ง หรือกังวลที่จะบอกกับครอบครัว ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“อยากเอาออก คิดกลับไปกลับมา แต่ไม่มีตังค์ เคยปรึกษา 1663 แนะนำที่เอาออกให้ แต่ราคา 5,000-10,000 บาท เด็กสามสี่เดือนยิ่งราคาสูงกว่านี้ คิดที่หนูไม่มีตังค์ แต่ถ้ามีตังค์ก็เอาออก แต่ก็คิด

ว่าแฟนคงไม่ยอมให้อาออก แฟนให้บอกแม่ แต่ก็
ไม่กล้าบอกแม่ กลัวแม่ไม่ให้เราเรียนต่อ และแม่ก็
คงให้อาออก คิดไปคิดมา เลยรจนท้อง 7 เดือน
เอาออกไม่ได้ มาถึงตอนนี้หนูก็รักเค้าแล้ว” (ID10)

จากการให้ข้อมูลของแม่วัยเรียน มี
1 คน ที่ตั้งใจตั้งครรรค์ เนื่องจากฝ่ายชาย/สามีทำงาน
แล้วและต้องการให้มีบุตร แต่แม่วัยเรียนก็มีความกังวล
เรื่องการเรียน การใช้ชีวิตช่วงตั้งครรรค์ที่ต้องปกปิด
ไม่ให้เพื่อนรู้ และกังวลเรื่องการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจาก
สามีทำงานเป็นหลัก ไม่ค่อยมีเวลาช่วยเลี้ยงดูบุตร
ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“แฟนอยากมีลูก เลยไม่ได้ป้องกัน ก็กังวล
เหมือนกันนะ แต่ก็ตัดสินใจมี แฟนหนูเป็นในใจเรีย
เค้าอยากมีลูกมาก หนูก็กลัวเหมือนกัน อย่างตอน
ไปฝากท้อง เพราะน้ำหนักตัวหนูเยอะด้วย ร้อยกิโล
ก็กังวลตอนเริ่มท้อง หนูไม่ได้บอกเพื่อนหรือภ
ตัวใหญ่ ไม่มีใครรู้ว่าท้อง ตอนไปเรียน สามีเค้าก็ดูแล
ลูก อุ้มไม่เป็น แต่ช่วยดูแบบห่างๆ” (ID14)

1.3 การรับรู้ระยะต่อมา แม่วัยเรียน
รู้สึกที่ต้องอดทนต่อสิ่งรอบข้างและอดทนต่อ
อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวของตนเองทั้งในระยะ
ตั้งครรรค์จนถึงการคลอด และการเลี้ยงดูบุตรที่เกิดมา
โดยแม่วัยเรียนต้องรับผิดชอบเรื่องต่างๆ มากขึ้น
นอกจากเรื่องการเรียน ต้องดูแลตนเองช่วงตั้งครรรค์
การเจ็บป่วยช่วงตั้งครรรค์ การเลี้ยงดูบุตร การเปลี่ยนแปลง
ที่อยู่อาศัย ต้องอดทนเรื่องอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว
ที่มีต่อฝ่ายชายและครอบครัวฝ่ายชาย และเรื่อง
ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ต้องอดทนต่อคนรอบข้าง ถือว่าเป็น
ปัจจัยสำคัญเลย อารมณ์แบบว่าอะไรนะ แม่แฟนกับ
ลูกสะใภ้อะไรประมาณนี้ เราไม่ชินกับสภาพสังคมที่
เค้าอยู่กัน หนูก็เลยเหมือนแบบมีฉุนเฉียว หงุดหงิด
ใจร้อนตลอดเวลา เหมือนกับทุกอย่างต้องแก้ไข
ปัญหาด้วยตนเอง แล้วก็เรื่องเงินค้ะ ก็ตอนนี้ก็

ทำงานไปด้วย เสาร์ อาทิตย์ ไปทำงานที่กรุงเทพ”
(ID5)

“ตอนท้องทะเลาะกับแฟนบ่อย เพราะไม่ได้
อยู่ด้วยกัน ทะเลาะหึงหวงเค้า คิดเยอะคิดมาก
กลัวเค้าไปเที่ยว หลังคลอดหนูก็เลี้ยงลูกเองทุกคืน
แฟนก็ไปทำงานเช้ากะ ช่วยดูลูกบ้างบางครั้ง จะมี
ปัญหากันเรื่องเงินเรื่องทองละตอนนี้ เดือนนึงจะ
ใช้พอไหม แต่มันก็ยังไม่พอใช้ บางทีหนูก็ขอแม่หนู”
(ID8)

ประเด็นที่ 2 การปรับตัวเพื่อการดำเนิน
ชีวิตของแม่วัยเรียน ทั้งด้านการเรียน ด้านการเลี้ยงดู
บุตร ด้านสังคมและเศรษฐกิจ สภาวะของแม่วัยเรียน
มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
ทำให้ต้องใช้ความพยายามในการปรับสภาพปัญหาที่
เกิดขึ้นออกมาทางด้านบุคลิกภาพ ด้านความต้องการ
หรือด้านอารมณ์ให้เหมาะสม จนเป็นสถานการณ์ที่
ตนเองอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นๆ ได้ ดังรายละเอียด
ต่อไปนี้

2.1 การปรับตัวด้านการเรียน มีความ
เกี่ยวพันกับการแบ่งเวลาในการเลี้ยงดูบุตร บางคน
ต้องหยุดพักการเรียนและกลับมาเรียนต่อหลังคลอด
ขอเปลี่ยนชั่วโมงการเรียนโดยไปเรียนกับเพื่อนต่าง
กลุ่ม บางคนต้องออกไปฝึกงานนอกพื้นที่ ในขณะที่
ที่บางคนบอกว่าโชคดีที่เรียนใกล้จบแล้ว มีวิชาเรียน
น้อยกว่าปกติ อาจารย์รับทราบและเข้าใจ ดังที่ผู้ให้
ข้อมูลกล่าวว่า

“เรื่องเรียนมันก็จะมมีปัญหาสุดๆ เพราะว่า
เราไม่มีเวลาทำวิจัย ถ้าเรียนอย่างอื่นเราไม่มีปัญหา
แต่พอถึงคราวที่เราต้องทำวิจัย เราต้องเอางานไป
ส่งอาจารย์ เราก็จะไม่มีเวลาแล้ว วิจัยก็ทำจนเรา
ไม่ได้นอน เลี้ยงลูกก็ไม่ได้นอนเหมือนกัน หนักกว่า
เดิมอีก” (ID5)

2.2 การปรับตัวด้านการเลี้ยงดูบุตร เริ่ม
ตั้งแต่เมื่อทราบว่าตั้งครรรค์ แม่วัยเรียนลดความเสี่ยง

ที่คิดว่ามีผลเสียต่อบุตรในครรภ์ เช่น การทำงานในร้านเหล้า งดรับประทานยาลดน้ำหนัก งดของหวาน กาแฟ น้ำอัดลม ค้นคว้าหาความรู้เพื่อดูแลตนเองและบุตรในครรภ์มากขึ้น ไปฝากครรภ์ จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า แม่วัยเรียนมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทุกคน หลังคลอดแม่วัยเรียนบางคนต้องเลี้ยงดูบุตรเองตามลำพังกับฝ่ายชาย มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเลี้ยงดูบุตรโดยปรึกษาบิดามารดาหาข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ หรือกรณีส่งบุตรให้ครอบครัวไปเลี้ยงดู ก็เรียนรู้การเก็บนํ้านมแม่แช่แข็งแล้วส่งไปให้บุตร ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ตอนนั้นถ้าหนูรู้ว่าหนูท้อง หนูก็คงจะดูแลตัวเองให้มากกว่านี้ค่ะ เพราะว่ากว่าที่หนูจะมาดูแลเค้าก็ 5 เดือนแล้ว ช่วงเดือนแรกหนูยังทำงานอยู่เลย หนูทำงานร้านเหล้าด้วย พอรู้ว่าท้องก็กลับบ้าน มาบำรุงเค้า ทีหลังเลยกังวลเกี่ยวกับลูก พ่อเค้าก็กังวลว่าลูกเค้าจะออกมาไม่ครบ หนูก็ชอบกินยาด้วยช่วงนั้น ยาลดน้ำหนัก หนูก็กิน กลัวมีผลกระทบต่อลูก” (ID8)

“สิ่งที่เปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเสื้อผ้า ใส่ไม่ได้ แล้วก็กินก็ต้องงดอะไรที่ไม่ควร จากปกติกินกาแฟ น้ำอัดลม ก็ต้องเลิก แล้วก็อะไรที่เป็นของมัน ๆ ของหวานก็งด เพราะว่ามันเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานตอนตั้งครรภ์ อะไรที่มันมีประโยชน์กินมากขึ้น กินนมเยอะ ๆ กินโปรตีน” (ID2)

“หลังคลอด พอแม่กลับหนูก็เลี้ยงลูกคนเดียว ลูกตื่นทุก 2 ชั่วโมง เค้าเป็นเด็กผู้ชาย กินจุมากเลยคะ หนูแทบไม่ได้นอน พอให้นมได้ 3 เดือนเต้านมติดเชื้อค่ะ รักษาอยู่เกือบเดือน ลูกเลยต้องกินนมผสม” (ID7)

2.3 การปรับตัวด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นความสามารถของแม่วัยเรียนในการปรับความคิด ความรู้สึก ความต้องการ และพฤติกรรมให้เหมาะสมตามบทบาทของการเป็นนักศึกษา ที่ใช้จัดการแก้

ปัญหาการดำรงชีวิตประจำวัน ส่วนหนึ่งเป็นผลจากสถานะเศรษฐกิจ แม่วัยเรียนเมื่อตั้งครรภ์ไม่ได้ทำงานหารายได้เสริม ต้องกลับไปอยู่บ้านของบิดามารดา หรือบ้านของครอบครัวฝ่ายชาย ทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนเริ่มห่างกันไป แม่วัยเรียนบางคนยังต้องทำงานหารายได้เสริม เก็บเงิน เพราะมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งมีรายได้จากฝ่ายชายซึ่งทำงานแล้ว และขอเงินสนับสนุนจากครอบครัวตนเองและครอบครัวฝ่ายชาย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ตอนนั้นหนูอยู่หอ หนูทำงานจ่ายค่าหอเอง พอท้องหนูก็ทำงานไม่ได้ หนูก็เลยต้องกลับมาอยู่บ้าน หนูไปกลับบ้านเพื่อประหยัดเงิน นั่งรถเมล์ไปเรียน บางวันเจอคนเยอะก็ต้องขึ้น เพราะว่าบ้านหนูอยู่... หนูนั่งรถที่นิ่งราว ๆ ชั่วโมงครึ่ง เรียนเสร็จหนูก็ต้องรีบกลับบ้านเลย ลำบากกว่าตอนไม่ท้อง สัมพันธภาพกับเพื่อน ๆ ก็ไม่ค่อยได้พบปะกัน แต่ก็คุยกันปกติ เพราะไม่ได้อยู่หอ” (ID8)

“เพราะว่ามันคือความไม่พร้อม ก็เลยกังวลว่าจะทำยังไง ชีวิตหลังจากนี้จะทำยังไง ก็หนักใจเรื่องนม มันก็มีแค่พอเขากิน บางทีก็ไม่พอ ก็เลยต้องกินนมผสม เงินก็ไม่ค่อยมี เพราะหนูก็ไม่ได้ไปทำงานแล้ว ค่าใช้จ่ายมันก็สูงขึ้น” (ID2)

ประเด็นที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนบทบาทชีวิตแม่วัยเรียน แรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเหลือแม่วัยเรียนให้ผ่านชีวิตการตั้งครรภ์และใช้ชีวิตเป็นแม่หลังคลอดได้ เพราะได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวของตนเองเป็นหลัก บิดามารดาและบุคคลในครอบครัวให้การยอมรับ มีบ้างที่ระยะแรกรู้สึกเสียใจ แต่ก็ไม่ได้ดูต่ำ ไม่กดดัน และยังช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันทั้งเรื่องสุขภาพ การกินอยู่ ค่าใช้จ่าย ค่าเทอมดูแลเรื่องการเดินทางมาเรียนหนังสือ ให้กำลังใจช่วงตั้งครรภ์ คลอด และช่วยดูแลบุตรหลังคลอด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“แม่มีรถคันหนึ่ง ก็ยกให้เขาขับไปเรียนทุกวัน พอถึงเวลาไปหาหมอ เขาก็แวะไปหาหมอเลย ให้เงิน พาไปคลอด ไปซื้อยามาให้กิน ยาขับน้ำคาวปลา แล้วก็ดูแลลูกให้เค้า ช่วยเค้า เค้าดูแลลูกของเค้าเองกับน้องสาว ลูกสาวคนเล็กของแม่ตอนนี้อยู่ ป.6 น้องเค้าช่วยเหลือดีมาก ช่วยล้างขวดนม ซักผ้า ผ่าอ้อมน้องทำให้หมดเลย...ตอนนี้เลี้ยงลูกจ้างคนตรงหน้าบ้านให้ช่วยเลี้ยง ตอนเค้าไปฝึกงาน คิด 5,500 ต่อเดือน เลี้ยง 7 โมงถึง 5 โมง จนเค้ากลับมา แล้วก็ไปรับลูกเอามาเลี้ยงเอง” (มารดา ID3)

“ตอนเค้าโทรมาบอก แม่ก็เสียใจนะ แต่จะทำยังไงได้ละ ก็ต้องดูแลกันไป เค้าก็เลิกกับผู้ชายแล้วด้วย แม่ก็ต้องขึ้นมาอยู่เป็นเพื่อนเค้าที่หอ ซื่อของมาให้ ก็อยากให้กินของดี ๆ ช่วงคลอดก็อยู่กับแม่ หลังคลอดก็ต้องช่วยเขาเลี้ยงลูกที่หอ แม่ทำสวนก็ทำงานมา ตอนนั้นก็พาลูกเขากลับมาเลี้ยงที่บ้าน เค้าก็กลับบ้านมาหาลูกเค้าทุกอาทิตย์ เค้าก็ดีนะ กลับมาก็ช่วยแม่ทำงานที่บ้านด้วย เลี้ยงลูกเค้าด้วย” (มารดา ID6)

นอกจากแรงสนับสนุนจากครอบครัวของแม่วัยเรียนแล้ว ฝ่ายชายและครอบครัวฝ่ายชายก็ช่วยให้ที่พักอาศัย ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการช่วยเหลือดูแล ค่าใช้จ่ายของบุตร ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“แฟนหนูค่ะ ดูแลทุกอย่างเลย เค้าดูแลทุกอย่างแบบว่าหนูเป็นแท่งคุกคามซะใหม่ หนูลูกไปไหนไม่ได้เค้าก็ต้องทำทุกอย่าง คอยหาข้าวหาปลาให้กิน ล้างจานให้ ซักผ้าให้ทุกอย่าง แล้วก็หาของดี ๆ ให้เราทาน ให้ลูกเราทาน เค้ากลัวลูกจะไม่แข็งแรง แล้วก็เวลาลูกคลอดออกมาก็ดูแลทั่วไป มีอะไรแบบกตัญญูกตัญญู ตัวอะไรก็คด โคนอะไรก็คด เรื่องดูแลทั่ว ๆ ไปค่ะ” (ID4)

ส่วนอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ประจำรายวิชา ก็ช่วยรับฟังปัญหาของแม่วัยเรียน ช่วยให้

ลาเรียน ให้เปลี่ยนกลุ่มเรียนเมื่อต้องไปฝากครรภ์ แสดงความห่วงใย สอบถามเรื่องสุขภาพของแม่วัยเรียนและการเลี้ยงดูบุตร เพื่อนของแม่วัยเรียนมีบทบาทเป็นผู้รับฟังปัญหา ให้กำลังใจ ช่วยเหลือเรื่องการเรียน และช่วยพาแม่วัยเรียนมาคลอด ช่วยเดินเอกสารของบุตรระหว่างแม่วัยเรียนคลอด ส่วนบุคลากรทางสาธารณสุขก็ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตั้งแต่การฝากครรภ์ถึงระยะหลังคลอดดูแลสุขภาพบุตรของแม่วัยเรียนช่วงนอนพักในโรงพยาบาล และสนับสนุนนมเสริมเมื่อแม่วัยเรียนมีน้ำนมแม่ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงดูบุตร ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“บางทีหมอนัดตอนเช้า หนูก็จะขอเลื่อนไปเรียนอีกเซกหนึ่งที่เรียน 11 โมง หนูก็จะมาคุยกับอาจารย์ว่า หนูต้องไปหาหมอ ปรับเวลาเรียน อาจารย์ก็เข้าใจ ช่วงคลอดอาจารย์ก็ให้หยุดเรียน ตอนสอบก็ให้เราไปนั่งที่สบาย ๆ กว้าง ๆ เพราะท้องใหญ่มากแล้ว” (ID8)

“ก็เค้ามาบอกว่าท้องตอนท้องใหญ่มากแล้ว หนูก็เห็น แต่ก็เคยแซว ๆ เล่น เขาก็ว่า เปล่าก็เลยไม่ว่าอะไร ตอนนั้นก็ไม่ได้ช่วยอะไร เพราะไม่รู้ เค้ามาบอกตอนใกล้คลอดแล้ว ก็เลยช่วยพาเค้ามาคลอด ซ้อนมอเตอร์ไซด์กันมา เหมือนมีน้ำแตกเหมือนฉี่เลย ก็ให้เขานั่งกลาง มีเพื่อนอีกคนเป็นคนขี่มอเตอร์ไซด์ กลัวเขาดก หลังคลอดก็มาเล่นกับน้องบ้าง มีแม่เขามาช่วยเลี้ยงน้องที่หอเค้าค่ะ” (เพื่อน ID10)

“อาจารย์มาถามหนูว่านมเป็นไงบ้าง อาจารย์เค้ารู้ตั้งแต่ท้อง พอคลอดแล้ว อาจารย์มาถามว่าน้ำนมออกบ้างไหม กินนมแม่อย่างเดียวหรือว่านมชงด้วย ก็เลยบอกเขา เขาก็บอกเดี่ยวเขาจะติดต่อโรงพยาบาลให้ช่วยเหลือเรื่องนม หนูก็เข้ามาที่โรงพยาบาล พี่พยาบาลเขาก็เข้ามาถาม ปึ่มนมบ่อยไหม ถ้าไม่บ่อยน้ำนมจะแห้งนะ คือตอนนั้นหนูก็ไม่ค่อยได้มีเวลาปึ่มนมค่ะ และลูกก็ไปอยู่กับแม่ที่

บ้านแล้ว พี่พยาบาลเขาก็หามกระป๋องมาให้ก่อน เวลาหนูกลับบ้านก็จะเอาหมอนไปให้ลูก” (ID2)

บุคคลรอบข้างที่กล่าวมาทั้งหมดได้ให้ความช่วยเหลือแม่้วยเรียนในระยะต่อมา แต่เมื่อเริ่มพบกับปัญหาการตั้งครรภไม่พร้อม บุคคลที่มีบทบาทสำคัญที่สุดคนแรก คือ ตัวแม่้วยเรียนเอง โดยแม่้วยเรียนกล่าวว่าสามารถผ่านเรื่องราวต่างๆ มาจนทุกวันนี้ เพราะว่าตนเองมีความรับผิดชอบ คิดต่อสู้อับความคิดแง่ลบของตนเอง ไม่สนใจสิ่งที่คนอื่นคิดว่าเป็นปัญหา ไม่มองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปัญหา หมั่นให้กำลังใจตัวเองบ่อยๆ แล้วก็มองคนรอบข้าง มองคนที่เขาให้กำลังใจ มองถึงอนาคตข้างหน้า ต้องเข้มแข็งมากพอ ต้องปรับเวลา วางแผนให้ดี เรื่องเวลา ต้องจัดการเรื่องเรียนและเรื่องอื่นๆ ของตัวเองให้ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้แม่้วยเรียนรู้สึกพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง และหากให้แม่้วยเรียนสามารถปรับเปลี่ยนเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา แม่้วยเรียนอยากเรียนให้จบ มีงานทำแล้ว จึงคิดมีบุตร ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้

“หนูไม่ได้รู้สึกว่ามันเป็นปัญหาในเรื่องของการเรียนหรือเรื่องอื่นๆ เลย หนูรู้สึกหนูโชคดีนะ เพราะแบบว่าเรามีเร็ว แล้วแบบเหมือนเรามีความรับผิดชอบมากขึ้น เพราะว่าหนูต้องดูแลหลายๆ อย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเรียนด้วย ทำงานด้วย แล้วก็ดูแลตัวเองด้วย พอลูกคลอดออกมาแล้วก็ต้องดูแลลูกด้วย...(สิ่งสำคัญที่ทำให้ผ่านมาได้)... หนูคิดว่าความรับผิดชอบของตนเองมากกว่าค่ะ” (ID4)

“ให้เจออะไรก็ไม่กลัวแล้ว เพราะสิ่งที่หนูกลัวที่สุดในชีวิตก็คือท้อง กลัวที่บ้านรับไม่ได้ กลัวโน่นนี่ แต่ตอนนี้หนูผ่านเรื่องราวต่างๆ มาได้หมดสิ่งที่กลัวที่สุดมันเกิดขึ้นแล้ว หนูให้ตัวเอง 10 คะแนนเต็ม ที่สู้มาถึงทุกวันนี้ หนูไปไหนมาไหนได้ไปเรียนได้ เค้าให้ใครฟังก็บอกว่าสู้มาได้ขนาดนี้เลย”

(ID10)

“มันขึ้นอยู่กับตัวเรา ถ้าหนูเครียดไปกับมันก็จะทำให้หนูแย่ การเรียนก็จะตก พยายามทำให้ตัวเองแฮปปี้ ไม่ไปสนใจสิ่งที่คนอื่นคิดว่าเป็นปัญหา เราอย่ามองว่ามันเป็นปัญหา” (ID11)

“ผ่านช่วงเวลานั้นมาได้ ก็ต้องหมั่นให้กำลังใจตัวเองบ่อยๆ แล้วก็มองคนรอบข้าง มองคนที่เขาให้กำลังใจเรา มองถึงอนาคตข้างหน้า คือตั้งใจเรียนให้จบ แล้วก็ทำงานส่งเค้า (ลูก) เรียน” (ID6)

“ก็คิดว่าตัวเองเป็นคนเข้มแข็งมากพอ คือผ่านปัญหานี้ไปได้ ไม่น่าจะมีเรื่องอะไรที่ทำให้ไม่สบายใจได้อีกแล้ว คือเรื่องอื่นน่าจะเบาๆ ไปหมดแล้ว เป็นปัญหาที่หนักที่สุดในชีวิตแล้ว เรื่องความสุขในชีวิต หนูให้สัก 8 (เต็ม 10) ละกัน หนึ่งเพราะว่า หนูไม่ได้ทำแท้ง สองคือหนูยังเรียนจบตาม 4 ปี ไม่ได้มีปัญหาอะไร” (ID2)

“หนูว่าใจหนูเอง ใจต้องเข้มแข็ง ต้องสู้ไม่คิดแง่ลบ หนูให้ประมาณ 5 (เต็ม 10) ค่ะ เพราะว่า หนูยังรู้สึก ถ้าเป็นไปได้ หนูอยากมีลูกตอนอื่นมากกว่า ถ้าย้อนได้ ก็ไม่ท้องตอนนี้ค่ะ อยากท้องตอนพร้อมมากกว่าประมาณแบบอายุ 26-27 ปี มีงานทำ มีชีวิตที่มั่นคงก่อน” (ID1)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ระยะแรก แม่้วยเรียนรู้สึกเสียใจและผิดหวัง เนื่องจากทุกคนมีความคาดหวังต่อการเรียนระดับอุดมศึกษา ต้องการมีวุฒิการศึกษาที่สูงขึ้น เพื่อก้าวไปสู่ตำแหน่งหน้าที่การงานที่ดี มีเงินเดือนสูง และเป็นความคาดหวังของครอบครัว ดังที่ณัฐณีย์ ลิ้มวัฒนาพันธ์ (2562) กล่าวว่า การก้าวเข้าสู่สถาบันอุดมศึกษาได้ ต้องผ่านกระบวนการแข่งขันเพื่อสอบคัดเลือก มีค่าใช้จ่ายที่ผู้ปกครอง

ต้องรับภาระ ยิ่งเป็นแรงกดดันให้แม่วัยเรียนรู้สึกเสียใจและผิดหวัง และเกรงว่าจะไม่สามารถเรียนให้จบในระดับปริญญาตรีได้ และจากการศึกษาปัจจัยด้านกระบวนการในครอบครัวพบว่า บิดามารดามีความคาดหวังในตัวลูก อยากให้เรียนจบอย่างน้อยระดับปริญญาตรี สนใจในการเรียน และพร้อมสนับสนุนด้านการเงินเพื่อส่งเสริมการเรียน และส่วนหนึ่งมองว่าโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนไปจากสมัยก่อน คือ บิดามารดามีลูกน้อยลง ทำให้คาดหวังกับลูกคนเดียวสูง ส่วนลูกก็อยากทำให้บิดามารดาสมหวังเช่นกัน จนเพิ่มความเครียดให้กับตัวเอง ส่วนการรับรู้ระยะต่อมา แม่วัยเรียนรู้สึกกังวล ings สับสนต่อการดำเนินชีวิต มีแม่วัยเรียน 1 คน ที่ตั้งใจตั้งครุฑเนื่องจากสามีต้องการมีบุตร แต่การดำเนินชีวิตก็รู้สึกกังวลไม่แตกต่างจากแม่วัยเรียนที่ไม่ตั้งใจตั้งครุฑ เนื่องจากแม่วัยเรียนทุกคนยังมีหน้าที่หลักต้องรับผิดชอบ คือ การศึกษาเล่าเรียน ดังที่กนกพรนทีธนสมบัติ (2555) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทุกระบบส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกและความวิตกกังวลแก่สตรีตั้งครุฑอย่างยิ่ง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การตั้งครุฑเป็นวิกฤตตามวุฒิภาวะในชีวิต สำหรับระยะต่อมา แม่วัยเรียนรับรู้ว่าตนเองต้องให้ความอดทนกับสิ่งรอบข้างและอดทนต่ออารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวของตนเอง เนื่องจากมีภาระหน้าที่หลายบทบาท ต้องรับผิดชอบหลายด้าน ต้องอดทนต่อภาวะเจ็บป่วยทั้งของตนเองและบุตร และปัญหาด้านความสัมพันธ์กับฝ่ายชาย เหนือยหงุดหงิดที่ต้องเรียนหนักขึ้น และต้องแบ่งเวลาเลี้ยงดูบุตรทั้งกลางวันและกลางคืน สอดคล้องกับการศึกษาของกันยัธัญ สุชิน และจิรนนต์ ไชยงาม นอกซ์ (2560) ที่พบว่า แม่วัยใสจะเกิดการปรับตัวด้านร่างกายและอารมณ์ตามพัฒนาการของสตรีมีครุฑที่พยายามดูแลตนเองและเตรียมใจเพื่อให้พร้อมรับกับสถานะใหม่แม้ว่าจะเต็มใจหรือไม่ก็ตาม เป็นระยะที่

พยายามหาเหตุผลเพื่อให้ตนเองมีชีวิตใหม่ที่สมดุล ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวของแม่วัยเรียนเพื่อการดำเนินชีวิตมีหลายด้าน ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านการเลี้ยงดูบุตร และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งแม่วัยเรียนต้องปรับเปลี่ยนการแต่งกายเพื่อปิดบังรูปร่างไม่ให้เพื่อนหรืออาจารย์สังเกตเห็นในระยะแรก เนื่องจากสังคมไทยยังไม่ยอมรับกับภาพชุดนักศึกษาตั้งครุฑ และต้องแสวงหาความรู้เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและบุตรในครุฑ ทุกคนมีการฝากครุฑกับแพทย์ ในระยะหลังคลอด แม่วัยเรียนพยายามเลี้ยงดูบุตร บางคนมีบิดามารดาช่วยเหลือเลี้ยงดู หรือย้ายไปอยู่กับครอบครัว หรือจัดส่งน้ามนแม่แซ่แข็งไปให้ลูก เช่นเดียวกับมารดาวัยรุ่นที่เลี้ยงดูบุตรและเรียนหนังสือที่การศึกษานอกระบบ ทุกคนต่างก็มีเป้าหมายในชีวิตและคาดว่าจะมีหน้าที่การงานที่ดีในอนาคต ทุกคนเห็นความสำคัญของการเรียน อีกทั้งยังมีกำลังใจและแรงบันดาลใจ คือ บุตรและครอบครัว ที่จะช่วยให้ก้าวผ่านสถานการณ์นี้ไปได้ (เบญญาภา ธิติมาพงษ์ และคณะ, 2560) ส่วนการปรับตัวด้านสังคมและเศรษฐกิจของแม่วัยเรียนนั้น แม่วัยเรียนส่วนหนึ่งไม่สามารถทำงานหารายได้เสริมได้อีก ต้องกลับไปอยู่บ้านของบิดามารดาหรือบ้านของครอบครัวฝ่ายชาย ส่วนหนึ่งมีรายได้จากฝ่ายชายที่ทำงานแล้ว หรือจากครอบครัวของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฟิลิปปินส์ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับสิ่งท้าทายหลายอย่าง เช่น การเลี้ยงดูบุตรและการหาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายของบุตร แต่มารดาวัยรุ่นก็สามารถปรับตัวรับมือกับสิ่งเหล่านี้ได้ในที่สุด (Pogoy, Verzosa, Coming, & Agustino, 2014)

ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวของตนเอง บิดามารดาและบุคคล

ในครอบครัวให้การยอมรับ ช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันทั้งเรื่องสุขภาพ การกินอยู่ ค่าใช้จ่าย ค่าเทอมดูแลเรื่องการเดินทางมาเรียนหนังสือ มาอยู่ให้กำลังใจช่วงตั้งครรภ์ คลอด และช่วยดูแลบุตรหลังคลอด แม่วัยเรียนบางคนได้รับความช่วยเหลือจากฝ่ายชายและครอบครัวฝ่ายชายเรื่องค่าใช้จ่ายในกิจวัตรประจำวัน ที่พักอาศัย รวมถึงการช่วยเหลือบุตรค่าใช้จ่ายของบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของสารเคโรซีย์, ปนทร ธรรมสัจย์, และเมธาวิ ดันวัณณะพงษ์ (2554) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นได้ตั้งเป้าหมายชีวิตคือการสร้างอนาคตที่สดใส โดยมีบุตรเป็นแรงบันดาลใจให้อดทนและผลักดันให้ชีวิตประสบความสำเร็จ รวมถึงการได้รับปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว

ในสถาบันการศึกษา แม่วัยเรียนได้รับการช่วยเหลือจากอาจารย์ ที่รับฟังปัญหา ให้คำปรึกษาเรื่องการเรียน การสอบ ช่วยให้ลาเรียน ส่วนเพื่อนของแม่วัยเรียนมีบทบาทเป็นผู้รับฟังปัญหาให้กำลังใจ ช่วยเหลือเรื่องการเรียน และช่วยพาแม่วัยเรียนมาคลอด ช่วยเดินเอกสารของบุตรระหว่างแม่วัยเรียนคลอด ซึ่งความช่วยเหลือในสถานศึกษาที่มีให้กับแม่วัยเรียนเป็นเพียงกลุ่มอาจารย์กับเพื่อนที่ใกล้ชิด แต่ในระดับนโยบายของสถาบันการศึกษา ยังไม่เป็นไปตามราชกิจจานุเบกษาที่เผยแพร่กฎกระทรวงในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (กระทรวงศึกษาธิการ, 2561) ที่กำหนดประเภทของสถานศึกษาและการดำเนินการของสถานศึกษาให้จัดหาและพัฒนาผู้สอนให้มีทัศนคติที่ดี เข้าใจจิตวิทยาการเรียนรู้ของนักเรียนหรือนักศึกษาแต่ละระดับ ที่สอดคล้องกับการจัดการศึกษาของสถานศึกษา ให้คำปรึกษาในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่นักเรียนหรือนักศึกษา หากมีนักเรียนหรือนักศึกษาซึ่งตั้งครรภ์อยู่ในสถานศึกษา ต้องไม่ให้เรียนหรือนักศึกษานั้น

ออกจากสถานศึกษาดังกล่าว เว้นแต่เป็นการย้ายสถานศึกษา โดยจัดให้มีระบบการดูแลช่วยเหลือและคุ้มครองนักเรียนหรือนักศึกษาที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า แม่วัยเรียนยังมีบทเรียนจากเพื่อนหรือผู้ที่ตั้งครรภ์ในสถานศึกษาถูกให้พักการเรียน แม่วัยเรียนจึงเลือกที่จะปกปิดอาการ การแต่งกาย หรือบางคนไม่กล้าที่จะบอกอาจารย์ เพราะเกรงว่าจะไม่สามารถเรียนหนังสือต่อไปได้

เมื่อพบกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดคนแรก คือ ตัวแม่วัยเรียนเอง โดยแม่วัยเรียนกล่าวว่าสามารถผ่านเรื่องราวต่างๆ มาจนทุกวันนี้ เพราะว่าตนเองมีความรับผิดชอบ คิดต่อผู้ที่มีความคิดแง่ลบของตนเอง ไม่มองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปัญหา หมั่นให้กำลังใจตัวเองบ่อยๆ แล้วมองคนรอบข้าง มองคนที่เขาให้กำลังใจ มองถึงอนาคตข้างหน้า ต้องเข้มแข็งมากพอ ต้องปรับเวลา วางแผนให้ดีเรื่องเวลา ต้องจัดการเรื่องเรียนและเรื่องอื่นๆ ของตัวเองให้ได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้แม่วัยเรียนรู้สึกพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของริณา ติ๊ะดี (2560) ที่พบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่ได้ส่งผลกระทบเชิงลบอย่างเดียว แต่ยังส่งผลเชิงบวกด้วย และวัยรุ่นหญิงสามารถรับมือกับการเปลี่ยนผ่านและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ สามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ได้ ในที่สุด โดยแรงสนับสนุนจากครอบครัวและคนรอบข้างมีส่วนสำคัญที่ช่วยผลักดันให้วัยรุ่นหญิงสามารถใช้ชีวิตใหม่ในฐานะผู้ใหญ่และแม่ได้อย่างเหมาะสม

แม้ว่าการตั้งครรภ์และการเป็นแม่วัยเรียนจะไม่ใช่ที่ยอมรับ และส่งผลกระทบทั้งต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและการเงินของแม่วัยเรียน โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเปลี่ยนผ่าน คือ ตั้งแต่เริ่มรู้ตัวว่าตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ แต่เมื่อเวลาผ่านไป แม่วัยเรียนสามารถเรียนรู้ที่จะรับมือกับเหตุการณ์ที่

เกิดขึ้น และมีการปรับตัวเพื่อรับบทบาทใหม่ในฐานะแม่ได้อย่างเหมาะสม โดยการช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ที่ช่วยบรรเทาความรุนแรงจากผลกระทบเชิงลบของการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร สำหรับแม่วัยเรียนในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่ใช่แม่วัยรุ่น (มีอายุเฉลี่ย 20.70 ปี) แต่มีสถานะเป็นแม่วัยเรียนที่มีอายุมากกว่าแม่วัยรุ่น ซึ่งการใช้ชีวิตและบทบาทหน้าที่หลักเหมือนกัน คือ การศึกษาเล่าเรียน และยังเป็น ผู้ที่อยู่ในความดูแลของผู้ปกครองที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเรียนและค่าใช้จ่ายในกิจกรรมประจำวันอื่นๆ เหมือนกับแม่วัยรุ่น แม้ว่าแม่วัยเรียนจะบรรลุนิติภาวะ คือ มีอายุ 20 ปี บริบูรณ์แล้วก็ตาม สำหรับในประเทศไทย การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี และให้ความช่วยเหลือแม่วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีเท่านั้น เช่น กรณีการฝังยาคุมกำเนิดโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับแม่วัยรุ่น ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพสูงและมีค่าใช้จ่ายสูง ที่การจัดบริการในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมถึงเยาวชนที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ซึ่งกลุ่มดังกล่าวก็ยังคงอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียนที่ยังไม่มีรายได้เช่นเดียวกัน แต่หากในอนาคตจะมีการปรับนิยามกลุ่มแม่วัยรุ่นให้มีช่วงอายุที่ขยายมากขึ้น ความช่วยเหลือด้านต่างๆ จะเข้าถึงแม่วัยเรียนที่อยู่ในระดับอุดมศึกษาได้บ้าง เช่น บางประเทศมีการเสนอให้ปรับนิยามช่วงอายุของ “วัยรุ่น” ให้อยู่ในช่วง 10–24 ปี เพื่อปรับเปลี่ยนข้อกำหนดและนโยบายของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่ดูแลด้านเยาวชนให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง เช่น อาจขยายการให้ความช่วยเหลือทางการศึกษาแก่เยาวชนที่มีอายุมากขึ้น หรืออนุญาตให้ผู้ปกครองลงนามเพื่อดูแลบุตรหลานที่มีอายุตามเกณฑ์ดังกล่าวได้ (Kinghorn, Shanaube, Toska, Cluver, & Bekker, 2018)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารสถานศึกษาควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบสนับสนุนให้แม่วัยเรียนได้คงอยู่ในระบบการศึกษาต่อไป

1.2 หน่วยงานในชุมชนควรร่วมมือกันในการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของแม่วัยเรียน เช่น จัดให้มีคลินิกนมแม่ ศูนย์เลี้ยงดูบุตรของแม่วัยเรียน ศูนย์ประสานความช่วยเหลือด้านสังคมและเศรษฐกิจ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาทัศนคติหรือมุมมองของผู้บริหารทางการศึกษาและครูอาจารย์เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสถานศึกษา

2.2 ควรมีการศึกษารูปแบบการสร้างเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ครอบครัว และชุมชน เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน รวมถึงระบบดูแลและส่งต่ออย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

กนกพร นทีชนสมบัติ. (2555). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: กรณีศึกษาสตรีตั้งครรภ์ปกติ. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*, 16(31), 103–116.

กระทรวงศึกษาธิการ. (2561). *กฎกระทรวง กำหนดประเภทของสถานศึกษาและการดำเนินการของสถานศึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2561 ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนที่ 81 ก.* สืบค้นจาก <https://www.moe.go.th/websm/2018/4/381.html>

- กันยธัญ สุชิน, และจิรนนต์ ไชยงาม นอกซ์. (2560). การปรับเปลี่ยนตนเองสู่คุณแม่วัยใสของเยาวชนในพื้นที่ตำบลดงมะเดะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. ใน คณาจารย์กลุ่มมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ (บ.ก.), *เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ นครสวรรค์ ครั้งที่ 13: วิจัยและนวัตกรรม ขับเคลื่อน เศรษฐกิจและสังคม* (น. 897–903). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
- ณัฐชนันย์ ลิ้มวัฒนาพันธ์. (2562). *เด็กไทยเรียนหนักสุดในโลก-เครียด พ่อแม่กดดัน-แบกความหวังของคนรอบข้าง*. สืบค้นจาก <https://www.tcijthai.com/news/2019/7/scoop/9226>
- เบญญาภา ธิติมาพงษ์, จันทร์ปัทสร์ เครือแก้ว, และสุนันทา ช่างนิชเศรษฐ. (2560). ประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นขณะเลี้ยงดูบุตรและเรียนหนังสือที่การศึกษานอกระบบ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(3), 37–47.
- ปัญญาภรณ์ ยะเกษม, และพัชรภักดิ์ ไชยสังข์. (2557). ประสบการณ์การเป็นแม่ของวัยรุ่น. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 8(1), 28–34.
- รีนา ต๊ะดี. (2560). ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์, และกุลภา วจนสาระ (บ.ก.), *ความเป็นธรรมและความเป็นไทด้านเพศและการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด* (น. 159–172). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิรินทร์ พันธ์สุวรรณ, พัชรินทร์ สังวาล, อิชยา มอญแสง, พัชรินทร์ ไชยบาล. (2555). ประสบการณ์หลังตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานในภาคเหนือตอนบน มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(3), 17–36.
- ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี. (2562). *สถานการณ์การคลอดในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 ปี2562*. สืบค้นจาก http://hpc6.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/hpc6/ewt_dl_link.php?nid=2629
- สาคร เครือชัย, ปนทร ธรรมสัตย์, และเมธาวิตันวัฒนะพงษ์. (2554). ประสบการณ์ชีวิตมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน: กรณีศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน *เอกสารการสัมมนาวิชาการและจัดประชุมวิชาการ ครั้งที่ 8 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ประจำปี 2554* (น. 1013–1020). นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *รายงานสถานการณ์ทางสังคมกลุ่มจังหวัด ไตรมาส 1 ปี 2562*. สืบค้นจาก http://tps02.m-society.go.th/wp-content/uploads/2019/03/report_21032562101230.pdf
- อรอุมา ทางดี, นภาพรไพร่ สาระ, และภัทรพงศ์ ชูเศษ. (2561). การพัฒนาหลักสูตรการจัดการอบรมเรื่องเพศศึกษาในครอบครัว. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 12(27), 62–81.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Kinghorn, A., Shanaube, K., Toska, E., Cluver, L., & Bekker, L. (2018). Defining adolescence: Priorities from a global health perspective. *The Lancet Child Adolescent Health*, 2(5), 305–307.

Pogoy, A. M., Verzosa, R., Coming, N. S., & Agustino, R. G. (2014). Lived experiences of early pregnancy among teenagers: A phenomenological study. *European Scientific Journal*, 10(2), 157-169.

Sindiwe, J., Dalena, V. R., & Juanita, S. D. (2012). Experiences of teenage pregnancy among Xhosa families. *Midwifery*, 28(2), 190-197.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดต่อความรู้

และการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด*

Effects of Promoting Contraceptive Implant Program on Knowledge and Use of Contraceptive Implants among Postpartum Adolescents*

จารุวรรณ ท่าม่วง, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Charuwan Tarmong, M.N.S. (Midwifery)¹

วรรณภา สุภสีมานนท์, Ph.D. (Nursing)²

วรรณ เตียวอิสสร, Ph.D. (Nursing)³

Wantana Suppaseemanont, Ph.D. (Nursing)²

Wanee Deoisres, Ph.D. (Nursing)³

Received: April 3, 2019 Revised: December 6, 2020 Accepted: December 7, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดต่อความรู้และการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหลังคลอดขณะพักฟื้นที่หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 66 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิด แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่น .73 และแบบบันทึกการรับบริการฝังยาคุมกำเนิด ดำเนินการทดลอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

¹ มหบัณฑิต 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

และเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.670, p < .001$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ผลต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนและหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.540, p < .001$) และกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของวัยรุ่นหลังคลอดที่ ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.980, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์และวัยรุ่นหลังคลอด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุน เพื่อให้วัยรุ่นมีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ อันเป็นการป้องกันปัญหา การตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วในวัยรุ่น

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ การคุมกำเนิดแบบฝังยา วัยรุ่นหลังคลอด
ความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine effects of promoting contraceptive implant program on knowledge and use of contraceptive implants among postpartum adolescents. Participants consisted of 66 postpartum adolescents who recovered at postpartum ward, Prapokkiao Hospital, Chanthaburi Province and were equally divided into an experimental group ($n = 33$) and a control group ($n = 33$). The research instruments included the promoting contraceptive implant program, the demographic questionnaire, the knowledge of contraceptive implant scale with the reliability of .73, and the use of contraceptive implant record form. 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, Mann-Whitney U test, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean score of knowledge of contraceptive implant than that of before the experiment ($t = 9.670, p < .001$). The experimental group had statistically significant higher mean different score of knowledge of contraceptive implants than that of the control group ($t = 5.540, p < .001$). Additionally, the experimental group had statistically significant higher proportion of postpartum adolescents having contraceptive implant before discharging from hospital than that of the control group ($\chi^2 = 4.980, p < .05$).

This research suggests that health care providers should apply this program to care for pregnant or postpartum adolescents by giving knowledge of contraceptive implant as well as encouraging family to promote contraceptive implant use. This will help adolescents to have an effective contraception in order to prevent rapid repeat pregnancy.

Keywords: Health promotion, Contraceptive implants, Postpartum adolescents, Knowledge of contraceptive implants

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ช่วงอายุที่เหมาะสมสำหรับการตั้งครรภ์ คือ ช่วงอายุ 20-35 ปี โดยการตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุไม่เกิน 19 ปี ถือเป็น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (World Health Organization [WHO], 2012) ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อสุขภาพมารดา ทารก และครอบครัว ผลเสียต่อมารดาวัยรุ่น คือ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอด ไม่สามารถแสดงบทบาทของมารดาได้อย่างเหมาะสม และอาจถูกพักการเรียน (ศรุตยา รองเลื่อน, ภัทรวัลย์ ตลิ่งจิตร์, และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์, 2555) อีกทั้งหลังคลอดต้องมีภาระในการดูแลบุตรและมีภาระที่ต้องหารายได้ให้เพียงพอกับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น จึงไม่มีแรงจูงใจในการศึกษาต่อ (ฤดี ปุงบางกะดี และเอมพร รตินทร,

2557) ผลเสียต่อทารกในครรภ์ คือ ทารกมีน้ำหนักตัวน้อยที่อาจเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด หรือทารกโตช้าในครรภ์จากภาวะทุพโภชนาการของมารดาวัยรุ่น ส่งผลให้ต้องรับทารกแรกเกิดไว้รักษาในโรงพยาบาล (Ganchimeg et al., 2014) ส่วนผลเสียต่อครอบครัว คือ ครอบครัวรู้สึกผิดหวัง เสียใจ สังกมไม่ยอมรับ ทำให้ครอบครัวอับอาย ในความเสื่อมเสียชื่อเสียงของวงศ์ตระกูล อีกทั้งครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด นำไปสู่การใช้ความรุนแรงในครอบครัวและการหย่าร้าง (วิไล ตาปะสี และประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์, 2556) ซึ่งอัตราการตั้งครรภ์หรือการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในแต่ละพื้นที่แตกต่างกันไป กรมอนามัย (2559) ได้กำหนดตัวชี้วัดอัตรา

การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่สอดคล้องกับเกณฑ์ของ WHO (2014) คือ กำหนดให้มีไม่เกินร้อยละ 10 จากข้อมูลระดับโลกในปี พ.ศ. 2557 พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นประมาณร้อยละ 4.40 (WHO, 2016) ส่วนในประเทศไทย แม้ว่าอัตราการตั้งครรภ์หรือการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงสูงกว่าตัวชี้วัด โดยในช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 ประเทศไทยมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 15.30, 14.20 และ 12.90 ตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2560ก) และมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 12.20, 11.90 และ 10.80 ตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2560ข) ส่วนจังหวัดจันทบุรี มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลงเช่นกัน แต่ยังมีอัตราที่สูงมาก คือ คิดเป็นร้อยละ 53.50, 47.40 และ 48.70 ตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2560ก) อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่สูง มีผลมาจากสาเหตุหลายประการ

สาเหตุของการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น คือ การมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ การขาดความรู้ในการคุมกำเนิด และการไม่ใช้หรือใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสม เกี่ยวกับการมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ อนาคต ประชาชนวนกิจ, ประณีต ส่งวัฒนา, และบุญวาทิ เพชรรัตน์ (2552) พบว่า วัยรุ่นมีความเชื่อว่าจะต้องมีเพศสัมพันธ์หลายครั้งถึงจะเกิดการตั้งครรภ์ วัยรุ่นจึงละเลยการคุมกำเนิดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ส่วนการขาดความรู้ในการคุมกำเนิดก็นำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น นาฎนฤมล ทองมี, เอมพร รตินทร, และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2558) สุกัญญา ปวงนิยม, และวันเพ็ญ แก้วปาน (2561) และ Brito, Alves, Souza, and Requiao (2018)

ศึกษาพบว่า วัยรุ่นร้อยละ 63.60 มีความรู้ในการคุมกำเนิดในระดับต่ำ และการที่วัยรุ่นไม่ใช้หรือเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสมนั้น นุชริย์ แสงสว่าง, บุศรา แสงสว่าง, และประภาพร วิศวพันธ์ (2559) และสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย (2560ค) พบว่า วัยรุ่นก่อนตั้งครรภ์ร้อยละ 31 ไม่ใช้การคุมกำเนิดขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 57.90 ใช้การคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่ไม่สม่ำเสมอ และร้อยละ 67.70 ใช้การคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่ไม่เป็นไปตามคำแนะนำของการใช้

การคุมกำเนิดที่ลดปัญหาการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร เนื่องจากเป็นการคุมกำเนิดที่มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีอัตราการล้มเหลวต่ำกว่าการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557) จึงกำหนดนโยบายการให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรด้วยการฝังยาคุมกำเนิดหรือการใส่ห่วงอนามัย แก้ววัยรุ่นหลังคลอดที่สถานบริการสุขภาพของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ซึ่งในสถานการณ์จริง การคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรด้วยวิธีการฝังยาคุมกำเนิดสามารถปฏิบัติได้ง่าย กล่าวคือ สถานบริการของรัฐสามารถให้บริการคุมกำเนิดวิธีนี้แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ทันที ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (พุทธชาติ เจริญศิริวิไล, วรณิ เดียววิเศษ, และจินตนา วัชรสินธุ์, 2559; Fleming, O'Driscoll, Becker, & Spitzer, 2015) ส่วนวิธีการคุมกำเนิดด้วยการใส่ห่วงอนามัยในวัยรุ่นหลังคลอดนั้นไม่สะดวกในทางปฏิบัติ เนื่องจากต้องรอให้มดลูกกลับคืนสู่สภาพ เมื่อมาตรวจหลังคลอดจึงจะใส่ห่วงอนามัยได้ แต่วัยรุ่นหลังคลอดร้อยละ 58 ไม่กลับมาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลของรัฐ (แผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี, 2560) ดังนั้น เพื่อความเป็นไปได้ใน

การปฏิบัติ กรมอนามัย (2559) ได้กำหนดตัวชี้วัดของการฝึกยาคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดไว้ที่ร้อยละ 80 อย่างไรก็ตาม การฝึกยาคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนด คือ ในช่วงปี พ.ศ. 2558–2560 ประเทศไทยมีอัตราการฝึกยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 26.76, 49.09 และ 66.03 ตามลำดับ เช่นเดียวกับจังหวัดจันทบุรี ที่มีอัตราการคุมกำเนิดชนิดฝังยาในวัยรุ่นหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 5.10, 4.29 และ 76.83 ตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2560) ซึ่งการฝึกยาคุมกำเนิดถือเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างหนึ่งที่สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย คือ การมีสุขภาพดีตามบริบทของบุคคล การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมมาจากความรู้สึกรู้จักคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้น ๆ ของบุคคล อันมีที่มาจาก 1) พฤติกรรมในอดีตที่เกี่ยวข้อง (ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม และความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม) และ 2) ปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อิทธิพลจากบุคคลอื่น อิทธิพลจากสถานการณ์) ทั้งพฤติกรรมในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล ร่วมกับความมุ่งมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และการยับยั้งความต้องการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม นำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการฝึกยาคุมกำเนิดโดยเลือกเฉพาะตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของ

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลจากบุคคลอื่น เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ประโยชน์ลดการรับรู้อุปสรรค และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ มีการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรแก่วัยรุ่นและวัยรุ่นหลังคลอด โดยการให้คำปรึกษารายบุคคลแก่วัยรุ่น (Tomlin, Bambulas, Sutton, Pazdernik, & Coonrod, 2017; Wilson, Degaffier, Ratcliffe, & Schreiber, 2016) สำหรับการศึกษานในประเทศไทย มีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดทั้งแบบชั่วคราวและแบบกึ่งถาวรแก่วัยรุ่นหลังคลอด ด้วยการให้ความรู้ประกอบคู่มือ และให้สามีมีส่วนร่วมสนับสนุนวัยรุ่น (ชัชฎาพร จันทรสข, พรรณพิไล ศรีอรกรณ์, และสุกัญญา ปรีสังญกุล, 2558) และโปรแกรมส่งเสริมการฝึกยาคุมกำเนิดแก่วัยรุ่นในระยะตั้งครรรค์และหลังคลอด ด้วยการให้ความรู้รายบุคคลตามระดับความพร้อมในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด (สุพัตรา หนายสังขร, 2561) แต่การศึกษาที่ผ่านมา ผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีโปรแกรมที่มีการประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการฝึกยาคุมกำเนิด การประเมินอุปสรรคที่ทำให้ไม่ยอมฝึกยาคุมกำเนิด และการให้สมาชิกในครอบครัวของวัยรุ่นที่วัยรุ่นระบุว่าไม่ผลต่อการตัดสินใจคุมกำเนิด (ไม่ได้เจาะจงเฉพาะสามี) เข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฝึกยาคุมกำเนิดต่อความรู้และการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อให้วัยรุ่นหลังคลอดมีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเว้นระยะการมีบุตรได้อย่างเหมาะสม และลดโอกาสการตั้งครรรค์ซ้ำ ทำให้วัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับและไม่ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดสูงกว่าก่อนการทดลอง

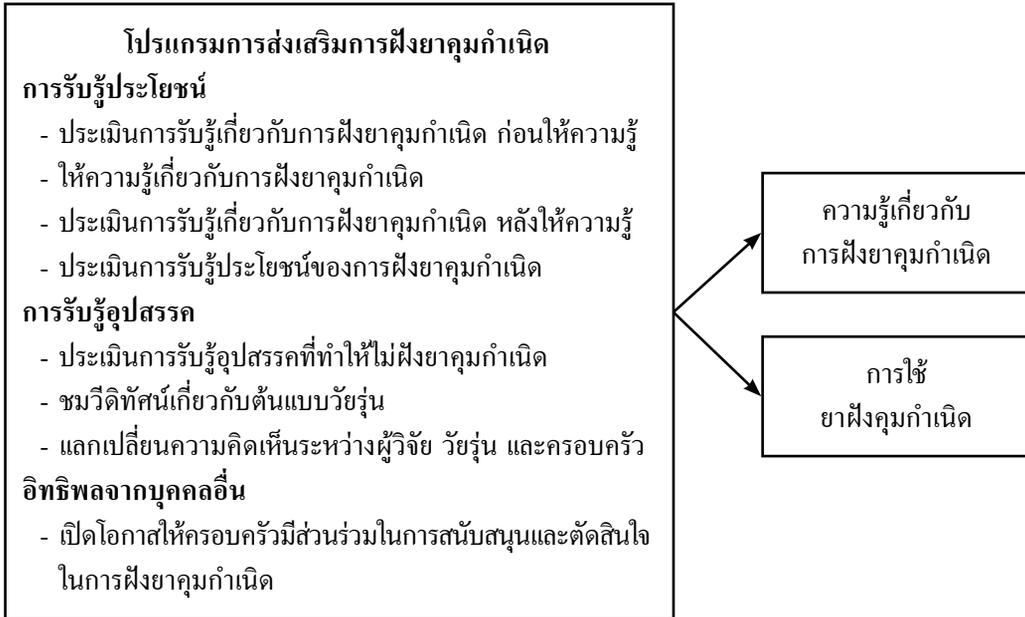
2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนและหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) ซึ่งแนวคิดนี้กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมมาจากความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้น ๆ อันมีที่มาจากพฤติกรรมในอดีตที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล ทั้งนี้ การฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอด

ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ประโยชน์ของยาฝังคุมกำเนิด การรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบฝังยา และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การที่วัยรุ่นจะรับรู้ประโยชน์ของยาฝังคุมกำเนิดได้นั้น วัยรุ่นต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งพบว่า วัยรุ่นที่มีความรู้ความเข้าใจสูงเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด มีผลต่อความตั้งใจและการใช้ยาฝังคุมกำเนิด (ัชฎาพร จันทรสุข และคณะ, 2558; สุพัตรา หน่ายสังขาร, 2561; Birhane et al., 2016; Tang et al., 2016) หากวัยรุ่นมีความรู้สึกเชิงลบต่อยาฝังคุมกำเนิดหรือรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่อการฝังยาคุมกำเนิด จะไม่ยอมรับการใช้ยาฝังคุมกำเนิด (Bachorik et al., 2015) และหากวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดสูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (ัชฎาพร จันทรสุข และคณะ, 2558; วินัส วัฒนธำรงค์ และคณะ, 2560; สุณีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์, 2560; Abdisa & Mideksa, 2017) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดของ Pender et al. มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอด โดยต้องการปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ต่อการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่น ด้วยการปรับเปลี่ยนให้มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝังยาคุมกำเนิดมากขึ้น ลดการรับรู้อุปสรรคของการฝังยาคุมกำเนิด และส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว นำไปสู่การมีความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ วัยรุ่นหลังคลอดได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นวัยรุ่นหลังคลอดขณะพักพื้นที่หอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี 2) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้คล่องทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน 3) มีสามีหรือญาติดูแลขณะที่อยู่โรงพยาบาล และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ 4) ไม่มีข้อบ่งห้ามในการใช้การคุมกำเนิดแบบฝังยา ได้แก่ โรคหัวใจ หลอดเลือดดำอักเสบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ตับอักเสบ ตับแข็ง มะเร็งตับ มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ และมะเร็งเต้านม

และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ มีภาวะความดันโลหิตสูงทำให้ไม่สามารถฝังยาคุมกำเนิดได้ และขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวคิดของ Cohen (1977) โดยคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของชัชฎาพร จันทรสุข และคณะ (2558) ได้ค่าเท่ากับ 1.41 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 นำมาเปิดตารางหาขนาดตัวอย่างสำหรับสถิติ *t*-test ของ Polit and Hungler (1999) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 66 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 33 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 33 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดของ Pender et al. (2011) เป็นชุดกิจกรรมสำหรับวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลจากบุคคลอื่น ดังนี้

1.1 กิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที โดยผู้วิจัยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด และให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและครอบครัว ด้วยการใช้บรรยายประกอบสไลด์ (PowerPoint slides) ตามแนวทางแผนการสอน และแจกคู่มือเรื่อง การส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิด ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด กลไกการออกฤทธิ์ของยา ข้อดี อาการข้างเคียง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อฝังยาคุมกำเนิด อาการผิดปกติที่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ และช่องทางการติดต่อสอบถามเมื่อเกิดปัญหา จากนั้นผู้วิจัยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด และประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการฝังยาคุมกำเนิด โดยการทวนถามความรู้ที่ได้รับจากการบรรยาย

1.2 กิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรค ใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้วิจัยประเมินการรับรู้อุปสรรคที่ทำให้ไม่ฝังยาคุมกำเนิดด้วยการพูดคุย ให้วัยรุ่นหลังคลอดพร้อมครอบครัวชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับต้นแบบวัยรุ่นที่รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ จากนั้นผู้วิจัย วัยรุ่นหลังคลอด และครอบครัว ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น ระบุปัญหา/อุปสรรคเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด ร่วมกันคิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา/อุปสรรคที่ขัดขวางการฝังยาคุมกำเนิด เสริมสร้างกำลังใจ และจูงใจให้วัยรุ่นหลังคลอดตัดสินใจเลือกฝังยาคุมกำเนิด

1.3 กิจกรรมเกี่ยวกับอิทธิพลจากบุคคลอื่น ใช้เวลาประมาณ 5 นาที โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สามีหรือญาติที่วัยรุ่นหลังคลอดระบุว่า มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกฝังยาคุมกำเนิด มีส่วนร่วมในการสนับสนุนและตัดสินใจในการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ชนิดครอบครัว ระดับการศึกษาสูงสุด จำนวนปีที่ศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ประวัติการคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ ประวัติความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด และผู้ใกล้ชิดที่ให้เข้าร่วมโปรแกรม จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูก ผิด และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิดหรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้ต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้สูง

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการรับบริการฝังยาคุมกำเนิด ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้ผู้วิจัยใช้บันทึกการได้รับการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิด และสื่อประกอบโปรแกรม (แผนการสอน สไลด์ คู่มือ และสคริปต์วีดิทัศน์) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาลทางสูติศาสตร์ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด และแบบบันทึกการรับบริการฝังยาคุมกำเนิด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยสูติแพทย์ อาจารย์พยาบาลทางสูติศาสตร์ (3 คน) และพยาบาลแผนกหลังคลอด ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVD) เท่ากับ .81 และคำตัดสินความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .80-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด ไปให้วัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ที่มาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 5 คน อ่าน เพื่อทดสอบความสามารถในการสื่อสาร ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ที่มาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .73

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 10-04-2561 วันที่ 9 พฤษภาคม 2561) และคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 021 วันที่ 17 พฤษภาคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกหลังคลอด และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในวันที่ 2 หลังคลอดทางช่องคลอด หรือในวันที่ 3 หลังผ่าตัดคลอด ที่แผนกหลังคลอด แนะนำตัวและดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล โดยพยาบาลให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดและทารกแรกเกิดแก่มารดาทุกวัย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยหัวข้อการคุมกำเนิดเป็นหัวข้อย่อยที่มีเนื้อหาในภาพรวม ไม่ได้เจาะจงไปที่การคุมกำเนิดแบบฝังยา

4. ในวันที่ 3 หลังคลอดทางช่องคลอด หรือในวันที่ 4 หลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยให้กลุ่ม

ควบคุมตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นนหลังคลอด หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดโดยการบรรยาย คร่าว ๆ พร้อมแจกคู่มือเรื่อง การส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิด

5. เมื่อกลุ่มควบคุมได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามการได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยดูจากแฟ้มประวัติของมารดา และบันทึกลงในแบบบันทึก

6. ผู้วิจัยพบกุ่มทดลองเป็นรายบุคคลในวันที่ 2 หลังคลอดทางช่องคลอด หรือในวันที่ 3 หลังผ่าตัดคลอด ที่แผนกหลังคลอด แนะนำตัวและดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นนหลังคลอด ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

7. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล และให้ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฝังยาคุมกำเนิด เป็นรายบุคคล โดยเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที กิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรค ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และกิจกรรมเกี่ยวกับอิทธิพลจากบุคคลอื่น ใช้เวลาประมาณ 5 นาที รวมเวลาทั้งสิ้นประมาณ 40 นาที

8. ในวันที่ 3 หลังคลอดทางช่องคลอด หรือในวันที่ 4 หลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นนหลังคลอด หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

9. เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามการได้รับการฝัง

ยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยดูจากแฟ้มประวัติของมารดา และบันทึกลงในแบบบันทึก

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องวุฒิ การศึกษาสูงสุด อาชีพ ประวัติการคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และผู้ใกล้ชิดที่ให้เข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องสถานภาพสมรส ชนิดครอบครัว ประวัติความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด และจำนวนครั้งของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่องอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปเรื่อง จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test การเปรียบเทียบผลต่างของความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบสัดส่วนของวัยรุ่นนหลังคลอดที่ได้รับและไม่ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 17.42 ปี ($SD = 1.56$) และ 17.67 ปี ($SD = 1.14$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (อยู่ด้วยกัน) คิดเป็นร้อยละ 93.90 และ 90.90 ตามลำดับ อยู่ในครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 87.90 และ 75.80 ตามลำดับ มีวุฒิการศึกษสูงสุดคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.50 และ 45.50 ตามลำดับ มีจำนวนปีที่ศึกษาเฉลี่ย 8.88 ปี ($SD = 2.09$) และ 8.94 ปี ($SD = 2.36$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นนักเรียน คิดเป็นร้อยละ 66.70 และ 63.60 ตามลำดับ มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 11,272.73 บาท/เดือน ($SD = 7,946.20$) และ 10,878.79 บาท/เดือน ($SD = 6,151.77$) ส่วนใหญ่มีประวัติ

การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 78.80 และ 66.70 ตามลำดับ โดยมีประวัติการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 84.60 และ 56.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ตั้งครรถ์ครั้งนี้โดยไม่ได้ตั้งใจ คิดเป็นร้อยละ 81.80 และ 75.80 ตามลำดับ เป็นการคลอดครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 84.80 และ 87.90 ตามลำดับ และผู้ใกล้ชิดที่ให้เข้าร่วมโปรแกรม คือ มารดาของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 60.60 และ 45.40 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.670, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด	n	M	SD	t	p
ก่อนการทดลอง	33	12.33	2.63	9.670	< .001
หลังการทดลอง	33	17.76	2.37		

3. การเปรียบเทียบผลต่างของความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการฝัง

ยาคุมกำเนิดก่อนและหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.540, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการฟ้งยาคุมกำเนิดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความรู้เกี่ยวกับ การฟ้งยาคุมกำเนิด	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง	t	p
	M (SD)	M (SD)	\bar{d} (SD)		
กลุ่มทดลอง (n = 33)	12.34 (2.63)	17.76 (2.37)	5.42 (3.22)	5.540	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 33)	11.67 (3.13)	13.00 (2.72)	1.33 (2.76)		

4. การเปรียบเทียบสัดส่วนของวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับและไม่ได้รับการฟ้งยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของวัยรุ่น

หลังคลอดที่ได้รับการฟ้งยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.980, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสัดส่วนของวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับและไม่ได้รับการฟ้งยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การฟ้งยาคุมกำเนิด	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มควบคุม (n = 33)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ได้รับ	23	69.70	14	42.40	4.980	.010
ไม่ได้รับ	10	30.30	19	57.60		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฟ้งยาคุมกำเนิดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการฟ้งยาคุมกำเนิดก่อนและหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริม

การฟ้งยาคุมกำเนิด ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการฟ้งยาคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมการฟ้งยาคุมกำเนิดมีกิจกรรมการประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการฟ้งยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอดและครอบครัว ซึ่งพบว่า วัยรุ่นหลังคลอดและครอบครัวทราบข้อมูลเกี่ยวกับการฟ้งยาคุมกำเนิดจากบุคลากรทางสุขภาพว่าเป็นบริการที่ได้รับฟรีไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สามารถคุมกำเนิดได้นาน 3-5 ปี แต่ไม่ทราบถึงอาการข้างเคียงและการดูแลตนเอง หลังการฟ้งยาคุมกำเนิด ผู้วิจัยจึงให้ความรู้แก่วัยรุ่นหลังคลอดและครอบครัวเป็นรายครอบครัวเกี่ยวกับ

การฝังยาคุมกำเนิด ด้วยการบรรยายประกอบ สไลด์และคู่มือที่ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับกลไก การออกฤทธิ์ ข้อดี อาการข้างเคียง วิธีการปฏิบัติตน เมื่อฝังยาคุมกำเนิด อาการผิดปกติที่ต้องรีบมา พบแพทย์ และช่องทางการติดต่อสอบถามเมื่อเกิด ปัญหาภายหลังการฝังยาคุมกำเนิด อีกทั้งได้เปิด โอกาสให้วัยรุ่นหลังคลอดและครอบครัวซักถาม ข้อสงสัย แล้วผู้วิจัยได้ตอบข้อสงสัยนั้น ซึ่งการได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแบบฝังยาทำให้กลุ่ม ทดลองมีความรู้เรื่องนี้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ แนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom (1976) ที่ว่า การเรียนรู้ เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่จะมีการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นจากการทำงานของระบบสมอง เป็นผลให้ บุคคลเกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งนั้นๆ เพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al. (2011) ที่ว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะทำ ให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งผล การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดทำให้วัยรุ่นมีความรู้ เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวมากขึ้น (เปรมวดี ฤทธิเดช, 2560; พอเพ็ญ ไกรนรา, เมธิณี เกตวาทิมาตร, และมณฑนา มณีโชติ, 2556) และมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแบบถาวรมากขึ้น (Wilson et al., 2016) อีกทั้งวัยรุ่นตั้งครรภ์ยังมีความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดมากขึ้น (สุพัตรา หน่ายสังขาร, 2561)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของ วัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อน จำหน่ายจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริม การฝังยาคุมกำเนิดที่ประกอบด้วย การเพิ่มการรับรู้ ประโยชน์เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด การลดการรับรู้ อุปสรรคที่ขัดขวางการฝังยาคุมกำเนิด และการส่งเสริม

ให้ครอบครัวร่วมสนับสนุนและตัดสินใจในการฝัง ยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด ในส่วนกิจกรรม การเพิ่มการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด ผู้วิจัยได้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด ของวัยรุ่นหลังคลอดและครอบครัว ให้ความรู้ จากนั้น ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดและ ประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการฝังยาคุมกำเนิด ด้วยการสอบถาม พบว่า วัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ และมีการรับรู้ประโยชน์ของการฝังยาคุมกำเนิดที่ มีต่อตนเองและครอบครัวถูกต้องเพิ่มขึ้น นำไปสู่ การใช้ยาฝังคุมกำเนิด ในส่วนกิจกรรมการลด อุปสรรคที่ขัดขวางการฝังยาคุมกำเนิด ผู้วิจัยได้จัด กิจกรรมการประเมินหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ ครั้งนี้ พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ครั้งนี้ คือ ปัญหาด้านการล้มเหลวของการคุมกำเนิดที่ ผ่านมา ได้แก่ การล้มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ความไม่ชอบผลข้างเคียงของการฉีดยาคุมกำเนิด (รู้สึกว้าวน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น กลัวอ้วน) จึงหยุดฉีดยา คุมกำเนิด บางคนให้ข้อมูลว่าให้ฝ่ายชายเป็น ผู้คุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งฝ่ายชายได้ใช้ ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เป็นบางครั้ง นอก จากนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินการรับรู้ที่เบี่ยงเบนเกี่ยวกับ การฝังยาคุมกำเนิด พบว่า บางคนได้เห็นภาพในสื่อ ทางสังคม (social media) เกี่ยวกับการมีเลือดคั่ง ปริมาณมากบริเวณที่ฝังหลอดยาคุมกำเนิด บางคน รับรู้ว่าหลังฝังยาคุมกำเนิดแล้วจะผอม ดำ บางคน รับรู้ว่าหลังฝังยาคุมกำเนิดจะมีเลือดออกทาง ช่องคลอดกะปริดกะปรอยนานนับเดือน บางคน รับรู้ว่าการฝังยาคุมกำเนิดจะทำให้หมดอารมณ์ ทางเพศ ผู้วิจัยจึงได้แก้ไขปัญหาด้านการล้มเหลว ของการคุมกำเนิดที่ผ่านมา โดยเสนอทางเลือกของ การคุมกำเนิดอีกหนึ่งวิธี คือ การฝังยาคุมกำเนิด และได้แก้ไขการรับรู้ที่เบี่ยงเบนเกี่ยวกับการฝัง ยาคุมกำเนิด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการฝัง

ยาคุมกำเนิดที่ตรงประเด็นกับการรับรู้ที่เบี่ยงเบนนั้น ๆ เพื่อปรับให้มีการรับรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด ที่ถูกต้อง และให้หม่วิตักศน์เกี่ยวกับต้นแบบวัยรุ่น ที่รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ เพื่อให้รับรู้ว่าการฝัง ยาคุมกำเนิดไม่ใช่เรื่องยุ่งยากและไม่คุกคามต่อ สุขภาพของวัยรุ่นหลังคลอด หลังจากชมวิดิทัศน์แล้ว มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้วิจัย วัยรุ่น หลังคลอด และครอบครัว ซึ่งวัยรุ่นหลังคลอดได้ให้ ข้อมูลว่า วิดิทัศน์ช่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับการฝังยา คุมกำเนิดมากขึ้น ช่วยในการตัดสินใจที่จะฝังยา คุมกำเนิดได้ง่ายขึ้น ลดความกลัวการฝังยาคุม กำเนิด และรับรู้ว่าการฝังยาคุมกำเนิดไม่ได้เลวร้าย อย่างที่คิด

สำหรับกิจกรรมการส่งเสริมให้ครอบครัวมี ส่วนร่วมในการสนับสนุนและตัดสินใจในการฝังยา คุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอดนั้น ผู้วิจัยเปิดโอกาส ให้วัยรุ่นหลังคลอดและครอบครัวพูดคุยแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นกัน พร้อมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจในการฝังยาคุมกำเนิด ซึ่งครอบครัว ของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สนับสนุนให้วัยรุ่นหลัง คลอดฝังยาคุมกำเนิด โดยมารดาของวัยรุ่นหลัง คลอดหรือมารดาของสามีบางคนกล่าวกับวัยรุ่น หลังคลอดว่า “ฝังยาคุมกำเนิดก็ดี จะได้ไม่พลาด ท้อง จะได้กลับไปเรียนให้จบ” ส่วนสามีของวัยรุ่น หลังคลอดบางคนกล่าวกับวัยรุ่นหลังคลอดว่า “จะ กินเหมือนเดิมก็ลืม จะฉีดทุกเดือนก็กลัวเข็ม เราว่า ให้เธอฝังยาคุมก็ดี จะได้เจ็บแค่ครั้งเดียว และได้ผล แน่นอน” หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฝังยา คุมกำเนิด กลุ่มทดลองจึงมีส่วนของวัยรุ่นหลัง คลอดที่ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจาก โรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้สามารถอธิบาย ตามแนวคิดของ Pender et al. (2011) ได้ว่า การที่ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลจะต้องมี

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม มีการรับรู้อุปสรรค ต่ำในการปฏิบัติพฤติกรรม และได้รับการสนับสนุน จากบุคคลอื่นโดยเฉพาะคนในครอบครัว จะส่งผลให้ บุคคลเกิดแรงจูงใจ มีความมุ่งมั่น และปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพได้สำเร็จ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ทำให้วัยรุ่นหลังคลอดคุม กำเนิดด้วยวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (Tomlin et al., 2017) วัยรุ่นที่มีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดใน ระดับที่ดีจะส่งผลให้วัยรุ่นรับรู้ถึงประโยชน์ของ การฝังยาคุมกำเนิด นำไปสู่การใช้ยาฝังคุมกำเนิด เพิ่มขึ้น (Birhane et al., 2016) การลดการรับรู้ อุปสรรคทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์เลือกคุมกำเนิดโดย ใช้ยาฝังคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น (George, DeCristofaro, Dumas, & Murphy, 2015) ในขณะที่การส่งเสริม การรับรู้ประโยชน์และการลดการรับรู้อุปสรรค ทำให้ หญิงวัยเจริญพันธุ์คุมกำเนิดด้วยวิธีการคุมกำเนิด แบบกึ่งถาวรเพิ่มขึ้น (Secura, Allsworth, Madden, Mullersman, & Peipert, 2010) อีกทั้งการได้รับ การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากครอบครัวมีอิทธิพล ทางบวกต่อการตัดสินใจใช้การฝังยาคุมกำเนิดของ วัยรุ่นหลังคลอด (กรรณิการ์ แสงประจง, เอมพร รตินธร, และวรรณภา พาหุวัฒน์กร, 2559; วินัส วัฒนธำรงค์ และคณะ, 2560; สุณีย์ จุ่มกลาง และคณะ, 2560; อารียา สมรูป, 2561) ดังนั้น การที่ครอบครัว สนับสนุนให้วัยรุ่นหลังคลอดฝังยาคุมกำเนิด ทำให้ วัยรุ่นคุมกำเนิดด้วยการฝังยาคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น (ัชฎาพร จันทรสุข และคณะ, 2558)

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจาก พยาบาล โดยพยาบาลให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับ การดูแลตนเองหลังคลอดและทารกแรกเกิดแก่ มารดาทุกวัย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยหัวข้อ การคุมกำเนิดเป็นหัวข้อย่อยที่มีเนื้อหาในภาพรวม ไม่ได้เจาะจงไปที่การคุมกำเนิดแบบฝังยาที่เหมาะสม

สำหรับวัยรุ่นหลังคลอด ทำให้กลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดแบบผิวหนังในภาพรวมไม่ได้รับการปรับการรับรู้ที่เพียงพอไป รวมถึงไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่มีผลต่อการตัดสินใจในการฝังยาคุมกำเนิด ส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มทดลองสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้การพยาบาลตามปกติทำให้วัยรุ่นหลังคลอดเลือกใช้การคุมกำเนิดแบบฝังยาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (ชัชฎาพร จันทรสข และคณะ, 2558; สุพิตรา หน่ายสังขาร, 2561; สุวรรณ พายุษฐ์จะลักษณะ, 2561)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้นุเคราะห์ทางสุขภาพควรนำไปโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์และวัยรุ่นหลังคลอด โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด และให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุน เพื่อให้วัยรุ่นมีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้เว้นระยะการมีบุตรได้อย่างเหมาะสม อันเป็นการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วในวัยรุ่น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยจัดโปรแกรมให้แก่วัยรุ่นทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด เพื่อให้มีอัตราการรับบริการฝังยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นมากขึ้น และควรมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2559). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. สืบค้นจาก <http://www.anamai.moph.go.th/download.pdf>

กรรณิการ์ แสงประจง, เอมพร รตินธร, และวรรณภา หุพัฒน์กร. (2559). ผลของการให้การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการใช้การคุมกำเนิดระยะยาวในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น: การศึกษานำร่อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(2), 28-39.

ชัชฎาพร จันทรสข, พรรณพิไล ศรีอาราภรณ์, และสุกัญญา ปริสัณญกุล. (2558). ผลการส่งเสริมเจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อความตั้งใจและการใช้การคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด. *พยาบาลสาร*, 42(2), 104-115.

นาฏนฤมล ทองมี, เอมพร รตินธร, และปิยะนันท์ ลิ้มธีรอรอง. (2558). ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 33(1), 51-59.

นุชรีย์ แสงสว่าง, บุศรา แสงสว่าง, และประภาพร วิสารพันธ์. (2559). ทักษะคิด ความตระหนัก และลักษณะการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินในวัยรุ่น. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 23(1), 15-25.

เปรมวดี คฤหเดช. (2560). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การคุมกำเนิดต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงกลุ่มเสี่ยงทางเพศ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24(2), 145-161.

- แผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัด
จันทบุรี. (2560). *สถิติการฝังยาคุมกำเนิด
ของวัยรุ่น*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.
- พอเพ็ญ ไกรนรา, เมธิณี เกตวาทิมาตร, และมณฑนา
มณีโชติ. (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการ
การตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยแกนนำนักศึกษา
พยาบาลต่อความรู้ทัศนคติ และความตั้งใจ
ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น
ตอนต้น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครราชสีมา*, 19(2), 20–30.
- พุทธชาติ เจริญศิริวิไล, วรณิณี เดียววิเศษศรี, และจินตนา
วัชรสินธุ์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อขั้นตอน
ความพร้อมในการคุมกำเนิดภายหลังคลอด
ของมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้อวางแผน.
วารสารพยาบาลทหารบก, 16(2), 88–96.
- ฤดี ปุ่บบางกะดี, และเอมพร รตินธร. (2557). ปัจจัย
และผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำของสตรี
วัยรุ่นไทย: กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร.
*วารสารพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล*, 32(2), 23–31.
- วิไล ตาปะสี, และประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์. (2556).
สภาพการดำเนินชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลัง
คลอด: กรณีศึกษาวิจัยคุณภาพ. *วารสาร
การพยาบาลและสุขภาพ*, 7(3), 121–132.
- วินัส วัฒนธำรงค์, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, ประเสริฐศักดิ์
กายนาคา, สมบัติ อ่อนศิริ, ชาติชาย อมิตรพ่าย,
อัจฉริยะ เอนก, ... กัลป์พฤกษ์ พลสร. (2560).
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจใน
การใช้ยาฝังคุมกำเนิดในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์
ซ้ำ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(พิเศษ 1),
102–111.
- ศรุตยา รongเลื่อน, ภัทรวัลย์ ตลิ่งจิตร, และสมประสงค์
ศิริบริรักษ์. (2555). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการ
การสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. *วารสาร
พยาบาลศิริราช*, 5(1), 14–28.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557).
*ลดปัญหาแม่วัยรุ่น สปสข. กรมอนามัยให้
ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัยฟรี*. สืบค้น
จาก [https://www.nhso.go.th/FrontEnd/
NewsInformationDetail.aspx?newsid=
MTUxOQ==](https://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MTUxOQ==)
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2560ก).
*สถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและ
เยาวชนปี 2560*. สืบค้นจาก [http://rh.anamai.
moph.go.th/download/all_file/index/](http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/)
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2560ข).
*ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า
20 ปี*. สืบค้นจาก [https://hdcservice.moph.
go.th/hdc/reports/report.php?source=
pformatted](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted)
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2560ค).
*ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลัง
คลอดหรือหลังแท้งที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วย
วิธีกึ่งถาวร*. สืบค้นจาก [https://hdcservice.
moph.go.th/hdc/reports/report.php?
source=pformatted/format1.php&cat_
id=1e d90 bc32310 b503b7ca9b 32
af425ae5&id=18f1e8ff96be07d297b51
aa8cd21b297](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&catid=1e d90 bc32310 b503b7ca9b 32 af425ae5&id=18f1e8ff96be07d297b51 aa8cd21b297)

- สุกัญญา ปวงนิม, และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(1), 30-41.
- สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดโดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะ พฤติกรรมในมารดาวัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(2), 31-42.
- สุภัทรา หน่ายสังขาร. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้ยาฝังคุมกำเนิดต่อความรู้ระดับความพร้อมและการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น หลังคลอด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวรรณา พาหุสังข์ลักษณะ. (2561). ผลของการส่งเสริมเจตคติต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของหญิงหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี ในโรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(2), 226-236.
- อนงค์ ประสานวันกิจ, ประณีต ส่งวัฒนา, และบุญวดี เพชรรัตน์. (2552). ความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(5), 369-380.
- อาริยา สมรูป. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Abdisa, B., & Mideksa, L. (2017). Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among women of reproductive age group in Jigjiga town. *Journal of Anatomy and Physiology*, 7(2), 1-7.
- Bachorik, A., Friedman, J., Fox, A., Nucci, A. T., Horowitz, C. R., & Diaz, A. (2015). Adolescent and young adult women's knowledge and attitudes toward etonogestrel implants. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(4), 229-233.
- Birhane, K., Tsegaye, W., Mulaw, A., Nemomsa, C., Abebe, G., Derese, G., ... Negash, W. (2016). Utilization of long acting reversible contraceptive methods and associated factors among female college students in Debre Berhan town, Ethiopia. *Advances in Applied Sciences*, 1(1), 18-23.
- Bloom, B. S. (1976). *Human characteristics and school learning*. New York: McGraw-Hill.
- Brito, M. B., Alves, F. S. S., Souza, M. Q., & Requião, S. R. (2018). Low level of knowledge of contraceptive methods among pregnant teens in Brazil. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(3), 281-284.

- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences: Revision edition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fleming, N., O'Driscoll, T., Becker, G., & Spitzer, R. F. (2015). Adolescent pregnancy guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(8), 740–756.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., ... Mori, R. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(Suppl. 1), 40–48.
- George, T. P., DeCristofaro, C., Dumas, B. P., & Murphy, P. F. (2015). Shared decision aids: Increasing patient acceptance of long-acting reversible contraception. *Healthcare*, 3(2), 205–218.
- 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. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29, 259–264.
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & 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.). New York: Lippincott.
- Potter, J., Rubin, S. E., & Sherman, P. (2014). Fear of intrauterine contraception among adolescents in New York City. *Contraception*, 89(5), 446–450.
- Secura, G. M., Allsworth, J. E., Madden, T., Mullersman, J. L., & Peipert, J. F. (2010). The contraceptive CHOICE project: Reducing barriers to long-acting reversible contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(2), 115. e1–e7.
- Tang, J. H., Kopp, D. M., Stuart, G. S., O'Shea, M., Stanley, C. C., Hosseinipour, M. C., ... Rosenberg, N. E. (2016). Association between contraceptive implant knowledge and intent with implant uptake among postpartum Malawian women: A prospective cohort study. *Contraception and Reproductive Medicine*, 1(1), 13.
- Tomlin, K., Bambulas, T., Sutton, M., Pazdernik, V., & Coonrod, D. V. (2017). Motivational interviewing to promote long-acting reversible contraception in postpartum teenagers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 30(3), 383–388.

Wilson, S. F., Degaiffier, N., Ratcliffe, S. J., & Schreiber, C. A. (2016). Peer counselling for the promotion of long-acting, reversible contraception among teens: A randomized controlled trial. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(5), 380–387.

World Health Organization. (2012). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescenc_pregnancy/en/print.html

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>

สุขภาพจิตและสภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน

ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

Mental Health and Spirituality among Older Adults in Nang Lae Nai Village,

Nang Lae Subdistrict, Muang District, Chiang Rai Province

ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)¹

Tithima Tasuwanin, M.N.S. (Gerontological Nursing)¹

มานุเชษฐ์ มโนธรม, วท.ม. (อาชีวเวชศาสตร์)²

พัชรา ก้อยชูสกุล, วท.ม. (สรีรวิทยา)³

Manuchet Manotham, M.Sc. (Occupational Medicine)²

Patchara Koychusakul, M.Sc. (Physiology)³

วรัญญา มณีรัตน์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)⁴

จัทมาศ เมืองมูล, วท.ม. (กายวิภาคศาสตร์)⁵

Waranya Maneerat, M.N.S. (Adult Nursing)⁴

Jutamas Muangmool, M.Sc. (Anatomy)⁵

วารุณี พันธวงศ์, วท.ม. (การจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย)⁶

Warunee Phanwong, M.Sc. (Environmental and Safety Management)⁶

Received: September 19, 2019 Revised: December 8, 2020 Accepted: December 9, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ชนิดเชิงปริมาณนำเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับสภาวะทางจิตวิญญาณ และศึกษาสุขภาพจิตและสภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 102 คน และการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบ

^{1, 2, 4-6} อาจารย์ สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

^{1, 2, 4-6} Lecturer, School of Health Science, Chiang Rai Rajabhat University

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

³ รองศาสตราจารย์ สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

³ Associate Professor, School of Health Science, Chiang Rai Rajabhat University

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .86 แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มีค่าความเชื่อมั่น .86 และแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .606, p < .001$) สุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง การควบคุมอารมณ์เมื่อประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และการได้รับการดูแลและการยอมรับจากครอบครัว และชุมชน ส่วนสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงคุณธรรมและความดีงาม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ เช่น ให้ความสำคัญและตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ เน้นการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: สุขภาพจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุ

Abstract

This explanatory sequential mixed methods design aimed to examine the relationship between mental health and spirituality, and to determine the mental health and the spirituality as perceived by older adults. The samples consisted of 102 older adults who lived in Nang Lae Nai Village, Nang Lae Subdistrict, Muang District, Chiang Rai Province and were arranged for quantitative research ($n = 102$) and qualitative research ($n = 10$). The research instruments consisted of the personal data record form, Thai Mental Health Indicator Version 2007 (TMHI-15) with the reliability of .86, the spirituality questionnaire with the reliability of .86, and the focus group interview guide. Data were collected from January to April, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Spearman rank correlation, and content analysis.

The research results revealed that mental health was positively statistically significant related to spirituality among older adults ($r_s = .606, p < .001$). The mental health as perceived by older adults consisted of 4 issues, including 1) anxiety regarding disease and self-care, 2) emotional coping, 3) being proud in life, and 4) received care and acceptance from family and community. In addition, the spirituality as perceived by older adults consisted of 3 issues, including 1) moral and virtue fulfilling, 2) self-esteem, and 3) happiness and satisfaction.

This research suggests that people related to elderly health promotion should apply this research results for promoting mental health of older adults according to the contexts (e.g., providing precedence, awareness in older adults' esteem, and participation) in order to enhance the mental health and spirituality among older adults.

Keywords: Mental health, Spirituality, Older adult

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน สังคมไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยในปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.90 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ซึ่งหมายความว่า ประเทศไทยจะต้องเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรผู้สูงอายุในภูมิภาคอาเซียนพบว่า ในปี ค.ศ. 2018 ประเทศไทย มีผู้สูงอายุร้อยละ 17.60 ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากประเทศสิงคโปร์ที่มีผู้สูงอายุร้อยละ 20.40 และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) และพบว่า ภาคเหนือของประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว โดยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.20 การที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนกลุ่มวัยแรงงานลดลง ทำให้

เกิดอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2553 อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุเท่ากับ 49.30 และในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 53.80 และมีคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 68 ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุต่อวัยทำงานเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.60 ในปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.10 ในปี พ.ศ. 2560 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) อีกทั้งข้อมูลจากการสำรวจระดับคะแนนความสุขเฉลี่ยของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2560 พบว่า วัยสูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย มีค่าเฉลี่ยความสุขเท่ากับ 7.10, 6.80 และ 6.60 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ส่วนข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ค่าเฉลี่ย

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีค่าน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยต่างๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) และในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 6 มีภาวะซึมเศร้า (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562)

การที่บุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมถอยลง เช่น ความเสื่อมในการทำงานของหลอดเลือด เกิดการตีบแข็งของหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากกว่าวัยอื่นๆ (World Health Organization [WHO], 2014) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงขนาดและความหนาแน่นของมวลกระดูก ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะกระดูกพรุนเพิ่มมากขึ้น และมีความเสี่ยงสูงในการเกิดกระดูกหักหากมีการพลัดตกหกล้มเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ (Uusi-Rasi, Karinkanta, Tokola, Kannus, & Sievanen, 2019) ทั้งนี้ ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุร้อยละ 33.60 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 16.50 เป็นโรคเบาหวาน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ซึ่งโรคดังกล่าวอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การที่ผู้สูงอายุมีภาวะโรคเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลจากลูกหลานมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ รู้สึกถึงความไม่แน่นอน อีกทั้งยังต้องไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 ที่พบว่า อัตราการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนพักรักษาในสถานพยาบาลระหว่าง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.70 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) แม้ว่าปัจจุบันจะมีสิทธิการรักษาที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ แต่ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ก็อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลได้ ซึ่งปัญหาเศรษฐกิจมีส่วนสำคัญต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเช่นกัน โดยข้อมูลจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2559) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน จากร้อยละ 33.50 ในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.30 ในปี พ.ศ. 2558 ทั้งนี้ยังพบว่า เมื่อสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การเกษียณอายุราชการ การย้ายกลับมาอาศัยอยู่กับลูกหลาน หรือผลจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอยลง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาลูกหลานมากขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ จะเห็นว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงต้องมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างมาก นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ เช่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความคับข้องใจเกี่ยวกับการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของตนเอง (อารี พุ่มประวาทย์, บรรจง เจนจัดการ, ปาหนัน กนกวงศ์นวัฒน์, อัญชลี เหมชะญาติ, และณัฐพัชร์ จันทร์ฉาย, 2562) อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยที่มีโอกาสเกิดความเบี่ยงเบนของสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณได้ง่าย ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา, มรรยาท เพ็ชรตรา, และศุภพร ชูศักดิ์, 2562) และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง (อภิรดี โชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คณินิจ พงศ์ดาวกรมล, และศรียามน ติรพัฒน์, 2563)

สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตซึ่งประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกพึงพอใจและความสุขในชีวิต (Daaleman, Usher, Williams,

Rawlings, & Hanson, 2008) และเป็นความรู้สึกของบุคคลในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิตและการประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Paloutzian & Ellison, 1982) เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ร่วมกับเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ได้มากกว่าวัยอื่น ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย (Bruce, Schreiber, Petrovskaya, & Boston, 2011) หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข แต่หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัวการเป็นภาระหรือถูกทอดทิ้ง ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตตามมา และปัญหาสุขภาพจิตอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า สุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังการศึกษาของ McCoubrie and Davies (2006) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางสุขภาพจิต และจากการศึกษาในผู้สูงอายุสามกลุ่มวัยของกุลวดี โรจนไพศาลกิจ (2559) พบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุวัยปลาย

หมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่ในการดูแลและการบริการวิชาการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เป็นพื้นที่ที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่อาจส่งผลกระทบต่อ

การเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ประกอบกับผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งที่พบและไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ทำให้ไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจน คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และศึกษาสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน เนื่องจากบริบทของหมู่บ้านมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีลักษณะทั้งความเป็นชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ซึ่งผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตและระดับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Paloutzian and Eillison (1982) ที่ว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกของบุคคลในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิตและการประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของการผสมผสานทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความรู้สึกเป็นสุขและพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ตามการรับรู้ และตัดสินใจ

ได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันย่อมลดลง ร่วมกับการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเฟื่องกับภาวะความเจ็บป่วย (Bruce et al., 2011) หากไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัวการเป็นภาระ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตตามมา และปัญหาสุขภาพจิตอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณนำเชิงคุณภาพ (explanatory sequential mixed methods design) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 187 คน (กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย, 2561) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 102 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย สวัสดิการ การรักษา และการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator Version 2007 [TMHI-15]) ของกรมสุขภาพจิต (2550) จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4

ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพจิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไป (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน) มีสุขภาพจิตเท่ากับบุคคลทั่วไป (44-50 คะแนน) และมีสุขภาพจิตดีกว่าบุคคลทั่วไป (51-60 คะแนน) ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนในรูปแบบค่าเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพจิตในระดับต่ำ (1-1.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2-2.99 คะแนน) และในระดับดี (3-4 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตวิญญาณ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีภาวะจิตวิญญาณในระดับต่ำ (9-14 คะแนน) ในระดับปานกลาง (15-20 คะแนน) และในระดับสูง (21-27 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนในรูปแบบค่าเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพภาวะทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ (1-1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับดี (2.34-3 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .99 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ และแบบสอบถามสุขภาวะทางจิตวิญญาณไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านคู อำเภอมือง จังหวัดเชียงราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน หาค่าความเชื่อมั่น

ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .86 ทั้ง 2 ชุด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย (เอกสารรับรอง เลขที่ ETH.CRRU 014/61 วันที่ 5 พฤศจิกายน 2561) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาติดำเนินการวิจัยจากนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลนางแล ประสานงานกับผู้นำชุมชน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เป็นรายบุคคล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึก แบบทดสอบ และแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 20-25 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพจิต และข้อมูลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ เป็น การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนจากกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60–69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70–79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) กลุ่มละ 2 คน รวมจำนวน 6 คน ประชาชนชมรมผู้สูงอายุ รองประธานชมรมผู้สูงอายุ และคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 2 คน รวมจำนวน 4 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) ร่างกายแข็งแรง มีการเคลื่อนไหวปกติ 2) สามารถคิดและพูดได้คล่อง และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม (focus group interview guide) ประกอบด้วยประเด็นคำถาม 2 ประเด็น คือ 1) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของตนเอง เป็นประเด็นคำถามที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความวิตกกังวลในชีวิต การจัดการอารมณ์ ความรู้สึกลึกซึ้ง และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และ 2) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตทางจิตวิญญาณของตนเอง เป็นประเด็นคำถามที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่มไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทำเช่นเดียวกับในขั้นตอนที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และดำเนินการสนทนากลุ่มที่ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน โดยใช้เวลาประมาณ 50 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

(content analysis) โดยจัดระเบียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตและสุขภาพทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเป็นข้อมูลที่ผ่านการอภิปรายโต้ตอบกันของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุต่างกัน ทำให้มั่นใจได้ในความน่าเชื่อถือและความหลากหลายของข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51 มีอายุดำสุดคือ 60 ปี และสูงสุด คือ 93 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 69.79 ปี ($SD = 8.58$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.10 ไม่ได้รับการศึกษา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 21.60 มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.90 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 54.90 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 29.40 มียาที่รับประทานเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 58.80 อาศัยอยู่กับลูกหลาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.30 สวัสดิการการรักษาส่วนใหญ่ คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 66.70 และเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนทุกครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.20

2. สุขภาพจิตและสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตเท่ากับบุคคลทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.10 รองลงมา คือ มีสุขภาพจิตดีกว่าบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 40.20 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 14.70 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตโดยรวมในระดับดี ($M = 3.27$, $SD = .68$) และพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพทางจิตวิญญาณในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.60

และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.40 โดยผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตวิญญาณโดยรวมในระดับดี ($M = 2.49, SD = .60$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับ

สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่าสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .606, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (n = 102)

ตัวแปร	สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	
	r_s	p
สุขภาพจิต	.606	< .001

4. สุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

4.1 สุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ พบว่า สุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง เมื่อสูงอายุขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายลดลง เกิดโรคเรื้อรังตามมา ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“มีโรคประจำตัว และไปปรับการรักษาที่อนามัย เกรงใจลูกหลานที่ต้องไปส่ง ต้องพยายามดูแลตนเองให้ดีขึ้นได้ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน” (ID3)

“เวลากินยาบางทีก็จำไม่ได้ เพราะมียาเยอะมาก ลูกสาวได้จัดยาให้ แต่บางทีก็ไม่มีเวลาก็ลืมจัด เรายังพยายามช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด แต่ถ้าเป็นยาเบาหวานจะต้องขอพึ่งตลอด เลยต้องจำกัดอาหารเอา กลัวต้องฟอกไต เสียเงินเยอะ” (ID8)

ประเด็นที่ 2 การควบคุมอารมณ์เมื่อประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาใน

เรื่องต่างๆ จะไม่พูดหรือแสดงอารมณ์ออกมา แต่ใช้การพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว เชื่อว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เมื่ออารมณ์ไม่ดี ไม่ถูกใจ จะลูกหนีไปเลย ไม่อยากพูดมาก กลัวลูกหลานเบื่อ ต้องพึ่งพาลูกหลาน” (ID10)

“ถ้าทุกข์ใจหรือมีปัญหา จะคุยกับลูกสาวคนเล็ก เพราะเค้าจะเข้าใจและรับฟัง” (ID5)

“ปัญหาทุกอย่างมันแก้ไขได้ เราทำงานมาตลอดก็เจอตลอด แต่ก็ทำใจเอา ไม่รู้สึกเครียดหรือวิตกอะไรนะ มันเป็นธรรมชาติของคนเรา” (ID1)

ประเด็นที่ 3 ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ผู้สูงอายุยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน และยังสามารถทำประโยชน์แก่ชุมชนได้ ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ยังดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระของลูกหลาน ยังทำงานหารายได้เอง แม้รายได้จะไม่มาก แต่ก็มีเงินเพื่อใช้จ่ายได้อย่างสบายใจ มากกว่าการขอลูกหลาน สงสารที่พวกเขาต้องทำงานหนัก” (ID3)

“ทุกวันนี้สุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง มีโรค

ความดัน เบาหวาน เก๊าท์ แต่ก็พยายามดูแลตัวเอง และช่วยลูกชายของ จะได้ไม่เป็นภาระ และช่วยหารายได้จากการทำไม้กวาดไว้ขายที่ร้านลูกได้ด้วย ภูมิใจในตนเองที่ไม่ต้องเป็นภาระใคร” (ID5)

“อยู่บ้านคนเดียว ลูกออกไปทำงานต่างจังหวัดกันหมด บางคนแต่งงานมีลูกหลาน แต่ไม่ได้ไปอยู่ด้วย เพราะทำงานในชมรมสูงอายุของหมู่บ้าน ได้เจอคนวัยเดียวกัน คุณกันมีความสุข สบายใจ มีการเอาความรู้ของตนเองมาสอนสมาชิกในชมรมให้มีรายได้ ภูมิใจที่ช่วยพวกเค้าหารายได้” (ID4)

“ตนเองแม้ว่าจะไม่มีรายได้มากมาย แต่จะทำบุญ และแบ่งปันข้าวของ ผัก หรือผลไม้ที่มีอยู่ในบ้านให้แก่คนอื่น เพราะบางคนไม่มีจะกินจริงๆ พยายามช่วยเหลือที่ช่วยได้ บางทีอาจไม่ใช่เงินทอง แต่จะเป็นผัก ผลไม้ กับข้าว เป็นส่วนใหญ่” (ID6)

ประเด็นที่ 4 การได้รับการดูแล และการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากลูกหลานและจากชุมชน ยังสามารถเป็นที่พึ่งแก่ลูกหลานและชุมชนได้ ทำให้รู้สึกที่ตนเองได้รับการยอมรับและยังเป็นที่ต้องการ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“อยู่คนเดียว แต่ลูกหลานโทรมาหาทุกวัน ไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหวณะ ช่วยเหลือตัวเองได้อยู่ไปอยู่กับลูกที่กรุงเทพฯ ไม่รู้จักใคร กลัวเป็นซึมเศร้า เลยอยู่บ้านเรารู้สึกว่า ถ้าไม่ไหวก็จะไปอยู่กับลูก” (ID4)

“ที่วัดได้ซื้อเก้าอี้เล็ก ๆ ไว้ให้เวลานั่งฟังธรรมในโบสถ์ ก็สะดวกสบายดี เวลาลูกไม่ปวดหัวซ่า” (ID2)

“เวลาลูกหลานมีปัญหาจะมาปรึกษาตนเอง ทำให้รู้สึกอย่างน้อยก็เป็นที่ยึดทางใจ เพราะจะช่วยเงินทองก็ไม่ได้ เนื่องจากตนเองไม่มีเลยช่วยเป็นกำลังใจให้ลูกหลานแทน” (ID10)

“เวลาชุมชนมีกิจกรรมอะไร จะขอ

ความช่วยเหลือจากชมรมผู้สูงอายุ ทำให้รู้สึกว่าผู้สูงอายุยังเป็นที่ต้องการของชุมชน เพราะพิธีการทางศาสนาต่างๆ เด็กรุ่นใหม่ไม่ค่อยเก่งเท่าผู้สูงอายุ” (ID2)

4.2 สุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ พบว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การเข้าถึงคุณธรรม และความดีงาม ผู้สูงอายุมีความเชื่อและยึดมั่นในคำสอนทางศาสนา มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนากับชุมชนเป็นประจำ รู้สึกมีความสุขที่เห็นทุกคนช่วยกัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ตนเองคิดดี ทำดีมาตลอด เลยตกน้ำไม่ไหลตกไฟไม่ไหม้ แม้ว่าเจอน ไม่มีเงิน แต่จะมีคนมาคอยช่วยเหลือยามยากทุกครั้ง รู้สึกพึงพอใจในชีวิต” (ID9)

“เมื่อมีกิจกรรมทางศาสนาหรือชุมชน จะไปเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง และปฏิบัติมาตั้งแต่เกิด เนื่องจากไม่เคยย้ายไปอยู่ที่ไหน การไปเข้าร่วมกิจกรรมทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุข และได้เจอเพื่อน ลูกหลาน เห็นทุกคนช่วยกันตลอด เลยรู้สึกอยากมาเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า” (ID7)

“มีความเชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ยึดถือปฏิบัติมาตั้งแต่เป็นเด็ก และเห็นผลมาตลอดตนเองเลยเชื่อเรื่องการกระทำ คุณธรรม การแบ่งปันมาตลอด” (ID3)

ประเด็นที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การที่ผู้สูงอายุยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีรายได้เป็นของตนเอง มีการทำงานเพื่อชุมชน และได้รับการดูแลจากครอบครัว ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ตนเองคิดว่ายังสามารถทำงานเพื่อชุมชนได้อยู่ และสามารถนำความรู้ความสามารถมาพัฒนา

ชุมชนให้เดินไปข้างหน้าได้ แม้ว่าแก่แล้ว แต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือคนอื่นได้ ก็พอแล้ว” (ID1)

“สิ่งที่ทำให้ตนเองมีคุณค่า คือ การได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว ลูกหลานไม่ทะเลาะกัน และช่วยเหลือกันและกัน” (ID6)

“เวลาตนเองอยู่เพียงลำพังและไม่สบายยังสามารถดูแลตนเองได้ ไม่ต้องโทรไปขอความช่วยเหลือจากลูกหลาน เกรงใจพวกเขา อะไรที่ดูแลตนเองได้ก็ทำ การดูแลตนเองได้ทำให้รู้สึกว่ามีชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น” (ID3)

“ตนเองหารายได้ได้เองจากการรับจ้างเงินที่ได้ไม่มากนัก แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้ ภูมิใจและทำให้เกิดคุณค่าทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น” (ID6)

ประเด็นที่ 3 ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต การที่ผู้สูงอายุได้ทำความดี ได้รับการเคารพจากบุคคลในครอบครัว มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนวัยเดียวกัน เป็นสิ่งที่ทำให้มีความสุขและพึงพอใจในชีวิต ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“วัยไม่ใกล้ฝั่ง ต้องทำดี และอยู่อย่างมีความสุข จะไปหาเงินให้รวยไม่ได้แล้ว พอมีพอกินตายไปก็ถือว่าชีวิตนี้คุ้มค่า ทำงาน มีลูกหลาน มีบ้านให้ลูกหลาน พอใจกับชีวิตแล้ว มีความสุขกับชีวิตที่ผ่านมาและปัจจุบัน” (ID9)

“พอใจกับชีวิตแล้ว เนื่องจากชีวิตที่ผ่านมาทำในสิ่งที่เป็นอย่างแก่ครอบครัวและชุมชนได้ ลูกหลานให้ความเคารพและมักมาปรึกษาเวลามีปัญหา ตนก็ยินดีและมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือ” (ID1)

“ทุกวันนี้มีความสุขและพอใจในชีวิตแล้ว เพราะไม่มีโรค ไม่พิการ ไม่เป็นภาระของใคร อยากกินอะไรก็ได้กิน ทำเองได้ ไม่ต้องขอให้ใครช่วยเหลือสบายใจแล้ว” (ID4)

“เวลาร่วมมักจะไปเที่ยวกับเพื่อนวัยเดียวกัน

เพราะเข้าใจกัน เทียวสนุกดี ไม่เหงา ช่วยเหลืองานบุญเท่าที่จะทำได้” (ID5)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตเท่ากับบุคคลทั่วไป มากที่สุด (ร้อยละ 45.10) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.90) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ ทำให้มีความต้องการในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดภาวะพึ่งพาลูกหลานหรือผู้ดูแล จึงอาจส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ดังข้อมูลเชิงคุณภาพที่ว่า “มีโรคประจำตัว และไปรับการรักษาที่อนามัย เกรงใจลูกหลานที่ต้องไปส่ง ต้องพยายามดูแลตนเองให้ดีขึ้นได้ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน” สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกวิตกกังวล เครียด และอึดอัด ในระยะแรกของการเจ็บป่วย เนื่องจากผลจากความเจ็บป่วยจะกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ (พรทิพย์ สาริโส, ปิยะภร ไพรสนธิ, อุษาย โดหิณี, วรางคณา อ่ำศรีเวียง, และนารีลักษณ์ ฟองรัตน์, 2560) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.20 มีรายได้ไม่เพียงพอ และร้อยละ 49 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งเมื่อสูงอายุขึ้น จะไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม ทำให้รายได้ลดลง ผู้สูงอายุจึงอาจมีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เพราะรายได้มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนทำให้สามารถแสวงหาสิ่งเกื้อหนุนทางสุขภาพได้ และความเพียงพอของรายได้ยังมีผลต่อพลังสุขภาพจิต โดยผู้สูงอายุที่มี

รายได้น้อยจะมีพลังสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง (ฉัตรฤดี ภาระญาตี, วารี กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2559) อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับลูกหลาน มากที่สุด (ร้อยละ 34.30) ซึ่งได้รับการดูแลจากครอบครัวเป็นอย่างดี ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง จากเหตุผลข้างต้นจึงทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตเท่ากับบุคคลทั่วไป ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกสร มัยจิน (2558) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา และคณะ (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74) มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตทางจิตวิญญาณในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แม้ว่าโรคเรื้อรังจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพจิตทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (Lavretsky, 2010) โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.90 และมียาที่รับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 58.80 แต่ส่วนใหญ่ได้รับสวัสดิการการรักการเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 66.70) ทำให้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพของตนเองลดลง และกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับลูกหลาน มากที่สุด (ร้อยละ 34.30) โดยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และได้รับความเคารพจากลูกหลาน ทำให้ยังรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังข้อมูลเชิงคุณภาพที่ว่า “พอใจกับชีวิตแล้ว เนื่องจากชีวิตที่ผ่านมาทำในสิ่งที่เป็นตัวอย่างแก่ครอบครัวและชุมชนได้ ลูกหลานให้ความเคารพและมักมาปรึกษาเวลามีปัญหา ตนก็ยินดีและมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือ” จึงทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตทางจิตวิญญาณในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน พรมแก้วงาม และอรุณยานามวงศ์ (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.20) มีความผาสุกทางจิตวิญญาณโดย

รวมในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรติ โชนิรัตน์ และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88) มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี และกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับลูกหลาน จึงได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ (ฉัตรฤดี ภาระญาตี และคณะ, 2559) การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีความสุข เกิดความภาคภูมิใจ และพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้เกิดสุขภาพจิตทางจิตวิญญาณตามมา (เกสร มัยจิน, 2558) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน โดยมีการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนเป็นประจำ ทำให้รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ส่งผลต่อความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (รุ่งทิพย์ รัตนไมตรีเกียรติ และนัยนา พิพัฒน์วิชชา, 2560) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตทางจิตวิญญาณ (เมธี วงศ์วีระพันธุ์, 2559) ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2559) ที่พบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุสามวัย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ เช่น เน้นให้ชุมชนให้ความสำคัญและตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ เน้นการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำประโยชน์ให้แก่ชุมชนหรือสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและมีสุขภาพทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น อันเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ในพื้นที่อื่นและใช้รูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน ซึ่งจะสามารถนำมาใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพทางจิตวิญญาณที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานวิจัย และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลใน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่เข้าร่วมการวิจัย จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1580099938-275_1.pdf

กรมสุขภาพจิต. (2550). *แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ [Thai Mental Health Indicator Version 2007 = TMHI-15]*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/test/thaihapnew/thi15/asheet.asp?qid=1>

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. (2561). *รายงานประจำปี 2561*. เชียงราย: ผู้แต่ง.

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2559). ความสัมพันธ์ของกิจกรรมทางกายกับสุขภาพทางจิต สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุสามวัย. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 33(4), 300-313.

เกสร มัยจิน. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 23(2), 306-318.

ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารีย์ กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(2), 97-106.

พรทิพย์ สารีโส, ปิยะภร ไพรสนธิ์, อุษาภ โภทินัง, วรางคณา อ่ำศรีเวียง, และนารีลักษณ์ ฟองรัตน์. (2560). สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: เขตเทศบาลเมืองเชียงราย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 40(2), 85-95.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ฟรินเทอร์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พรินเทอรี่.
- เมธี วงศ์วีระพันธุ์. (2559). การส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนต้นแบบในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 47(1), 38-47.
- รุ่งทิพย์ รัตนไมตรีเกียรติ, และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(2), 14-26.
- ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา, มรรยาท เพ็ชรตรา, และทัศพร ชูศักดิ์. (2562). ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ กรณีศึกษา: ตำบลนาฝายอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(2), 88-101.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *สุขภาพคนไทย 2562*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทย พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/mental-healthm_aug_58.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธนาเพรส.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *รายงานการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศ ไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม, และอรัญญา นามวงศ์. (2560). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 204-213.
- อภิรดี โชนิรัตน์, วิราพรธม วิโรจน์รัตน์, คณิงนิจ พงศ์ถาวรภม, และศรียามน ตีรพัฒน์. (2563). ปัจจัยทำนายนายการสูงวัยอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 93-108.
- อารี พุ่มประไพทย์, บรรจง เจนจัดการ, ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์, อัญชลี เหมาะญาติ, และณัฐพัชร จันทร์นายน. (2562). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลบ่อพลอย อำเภอสามโลก จังหวัดปทุมธานี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(1), 33-41.
- Bruce, A., Schreiber, R., Petrovskaya, O., & Boston, P. (2011). Longing for ground in a ground (less) world: A qualitative inquiry of existential suffering. *BMC Nursing*, 10(1), 1-9.

- Daaleman, T. P., Usher, B. M., Williams, S. W., Rawlings, J., & Hanson, L. C. (2008). An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Annals of Family Medicine, 6*(5), 406–411.
- Lavretsky, H. (2010). Spirituality and aging. *Aging Health, 6*(6), 749–769.
- McCoubrie, R. C., & Davies, A. N. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer?. *Support Care Cancer, 14*(4), 379–385. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0892-6>
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224–237). New York: Wiley.
- Uusi-Rasi, K., Karinkanta, S., Tokola, K., Kannus, P., & Sievanen, H. (2019). Bone mass and strength and fall-related fractures in older age. *Journal of Osteoporosis, 2019*, 1–6. doi:10.1155/2019/5134690
- World Health Organization. (2014). *Noncommunicable disease country profiles, 2014*. Geneva: WHO Document Production Services.
-

การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ่วไตและอาการเตือนของโรคนิ่วไต
และอำนาจการทำนายปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ่วไตในผู้ป่วยโรคนิ่วไตและกลุ่มเปรียบเทียบ

The Comparative Study of Kidney Stone Formation-Risk Factors
and Warning Signs and Predictive Risk Factors Relating Kidney Stones
between Patients with Kidney Stones and the Comparison Group

สุนทรา เลียงเชวงวงษ์, ป.ศ. (พยาบาลศาสตร์)¹
Sunthara Liangchawengwong, Ph.D. (Nursing)¹

Received: November 28, 2020 Revised: December 25, 2020 Accepted: December 26, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ่วไตและอาการเตือนของโรคนิ่วไต และอำนาจการทำนายปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ่วไตในผู้ป่วยโรคนิ่วไตและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคนิ่วไตที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลนครพนม โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย รวมจำนวน 500 คน และนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 400 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้อาการเตือนของโรคนิ่วไต มีค่าความเชื่อมั่น .89 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนิ่วไต มีค่าความเชื่อมั่น .85 และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ่วไต มีค่าความเชื่อมั่น .81 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Mantel-Jaenzel Chi-square test การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ odds ratio และ relative risk

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

¹ Assistant Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, E-mail: lsunthara@sut.ac.th

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคนิ่วไตและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร ($p < .001$) อาการเตือนของโรคนิ่วไต ($p < .05$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนิ่วไต ($p < .001$) ปัจจัยทำนายการเกิดโรคนิ่วไตเรียงตามลำดับ ได้แก่ อาชีพที่ใช้แรงงาน (70.97 เท่า) อาการเตือนของโรคนิ่วไต (44.44 เท่า) พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย (7.79 เท่า) เพศชาย (2.50 เท่า) ผู้ที่มีภาวะอ้วน (0.28 เท่า) การมีโรคประจำตัว (0.04 เท่า) และระดับการศึกษา (0.01 เท่า) โดยสามารถทำนายการเกิดโรคนิ่วไตได้ถูกต้องร้อยละ 96.80

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคนิ่วไตควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคนิ่วไตในกลุ่มเสี่ยง และป้องกันการกลับเป็นโรคนิ่วไตซ้ำในผู้ป่วยโรคนิ่วไต

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ่วไต อาการเตือนของโรคนิ่วไต ผู้ป่วยโรคนิ่วไต
กลุ่มเปรียบเทียบ

Abstract

This predictive research aimed to compare the kidney stone formation-risk factors and warning signs of kidney stones, and to compare the predictive risk factors relating kidney stones between patients with kidney stones and the comparison group. The samples were 500 patients with kidney stones who were treated at outpatient clinics in Udon Thani Hospital, Nakhon Phanom Hospital, Sakon Nakhon Hospital, and Thabo Crown Prince Hospital, Nong Khai Province. The comparison group consisted of 400 students of Thammasat University. The research instruments included the demographic and health status questionnaire, the clinical manifestations about kidney stone warning signs questionnaire with the reliability of .89, the information receiving on kidney stones questionnaire with the reliability of .85, and the kidney stone formation-risk factors assessment form with the reliability of .81. Data were collected from July to December, 2016. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Mantel-Jaenzel Chi-square test, binary logistic regression analysis, odds ratio, and relative risk.

The research results revealed that the risk factors that had statistically significant different between the patients with kidney stones and the comparison group were eating behaviors factors ($p < .001$), warning signs of kidney stones ($p < .05$), and information receiving on kidney stones ($p < .001$). The predictive factors of kidney stones were: occupation that had vigorous exercise (70.97 times), warning signs of kidney stones (44.44 times), risk behavior of exercise and physical activity (7.79 times), males (2.50 times), those with obesity (0.28 times), having chronic disease (0.04 times), and education level (0.01 times), with 96.80% correct prediction of kidney stones.

This research suggests that health care providers who care for risk group or patients with kidney stones should use these research results as a guideline to prevent the occurrence of kidney stones in the risk group, and prevent renal stones recurrence in patients with kidney stones.

Keywords: Kidney stone formation-risk factors, Warning signs of kidney stones, Patients with kidney stones, Comparison group

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความชุกของโรคนิ่วไตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย กลุ่มผลึกของนิ่วไตมีผลทำให้เซลล์เยื่อบุไตบาดเจ็บและถูกทำลายผลึกที่ติดค้างในหน่วยไตและท่อไตจะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบเรื้อรังที่ไต ไตทำงานเสื่อมลงเกิดโรคไตเรื้อรัง และนำไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในที่สุด (Alealign & Petros, 2018; Dhondup et al., 2018; Wells et al., 2012) การเกิดโรคนิ่วไตแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เชื้อชาติ และมีความแตกต่างกันของชนิดก้อนนิ่วไต ความเข้าใจเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรคนิ่วไตในแต่ละภูมิภาคและปัจจัยเสี่ยงจึงมีความสำคัญต่อการหามาตรการในการป้องกันเชิงรุก จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความชุกของโรคนิ่วไตของภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือสูงกว่าภาคอื่น ๆ คือ ร้อยละ 15–16.90 (สมชาย เขียมอ่อน และคณะ, 2554) และพบสูงถึงร้อยละ 29.40 ในจังหวัดขอนแก่น (อมร เปรมกมล และคณะ, 2550) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคนิ่วไตส่วนใหญ่ยังไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจนทำให้การรวบรวมข้อมูลความชุกของผู้ป่วยโรคนิ่วไตของประเทศไทยทำได้ต่ำกว่าความเป็นจริง (อมร เปรมกมล และคณะ, 2550) นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเกิดโรคนิ่วไตซ้ำสูงถึงร้อยละ 39 ภายใน 2 ปี และพบว่าเกิดโรคนิ่วไตซ้ำร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี (Alealign & Petros, 2018)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อุบัติการณ์ของผู้ป่วยใหม่โรคนิ่วไตเพิ่มขึ้นชัดเจนในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20–39 ปี และมีอัตราความชุกที่ต่อเนื่องไปจนถึงอายุ 70 ปี (Hughes, 2007;

Romero, Akpınar, & Assimos, 2010) โดยอัตราการเกิดในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงราว 2-3 เท่า (Stamtelou, Francis, Jones, Nyberg, & Curhan, 2011) ทั้งนี้ แนวโน้มอุบัติการณ์ยิ่งเพิ่มขึ้นเนื่องจากสภาวะโลกร้อน การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สังคม และวิถีชีวิต ในยุคปัจจุบัน สังคมเมือง สังคมอุตสาหกรรม ยุคแห่งเทคโนโลยี ที่มีผลทำให้การทำงานที่ใช้กำลังกาย และการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง การบริโภคอาหารจานด่วน อาหารแปรรูปจากโรงงานอุตสาหกรรม ความเครียด อ้วนหรืออ้วนลงพุงตั้งแต่วัยเด็ก เมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุมีโรคเรื้อรังหลายโรค ต้องรับประทานยาหลายเม็ดต่อวัน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สะสมและก่อตัวเป็นโรคนิวไตได้ โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงใหม่ของโรคนิวไตที่แตกต่างจากสมัยก่อน (กิตติฉันทคุณ, 2558; American Urology Association, 2018) โดยพบว่า ประชากรมีอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิวไตเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าจากอดีต (Alaya et al., 2012; Chen, Malaga-Diequez, & Trachtman, 2014) จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมและวิถีชีวิตยุคใหม่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนิวไตมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ได้แก่ ภาวะอ้วน การบริโภคน้ำน้อย การรับประทานยาเม็ดเสริมวิตามินหรือแร่ธาตุ ได้แก่ ยาเม็ดแคลเซียม วิตามินซี การดื่มเครื่องดื่มประเภทโซดา การรับประทานแป้ง น้ำตาล และเนื้อสัตว์มาก การรับประทานผักและอาหารที่มีเส้นใยน้อย การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมธรรมชาติต่ำ การรับประทานถั่วและเมล็ดพืชที่มีสารไฟเลต (phytate) น้อย โรคนิวไตเมื่อเกิดแล้วจะมีโอกาสเกิดซ้ำได้สูงกว่าร้อยละ 50 ซึ่งทำให้อุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา และพบมากในประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (Salmeh, Yahoubi, Zakizadeh,

Yaghoubian, & Shahmohammadi, 2012; Wang et al., 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนิวไตยังมีจำนวนน้อย การประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อให้ทราบกลุ่มเสี่ยงเพื่อการรณรงค์ป้องกันยังมีความสำคัญ ทั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อกระบวนการก่อตัวไตและกระตุ้นให้ก้อนนิวไตขึ้นประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานเนื้อสัตว์ ผักที่มีออกซาเลต อาหารที่มีโซเดียม แคลเซียม และซูโครสในปริมาณมาก การดื่มน้ำน้อย การเสียดังมาก และการมีความเครียดสูง (อมร เปรมมงคล และคณะ, 2550; Wells et al., 2012) โดยปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดก้อนนิวไตและทำให้ขยายไตขึ้นเรื่อยๆ ได้ นอกจากนี้ โรคนิวไตระยะแรกยังไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน (Alealign & Petros, 2018; Wells et al., 2012) จึงอาจไม่ถูกคามหรือรุนแรง ทำให้ความตระหนักของผู้ป่วยโรคนิวไต กลุ่มเสี่ยง หรือประชากรทั่วไป เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคนิวไตและการเกิดโรคนิวไตซ้ำยังมีน้อยหรือไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร

แนวคิดเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคนิวไตในปัจจุบันเชื่อว่าประกอบด้วย ความเสี่ยงด้านปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคนิวไตในครอบครัว นอกจากนี้ ผลการศึกษาในทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมมีผลต่อการเกิดโรคนิวไตสูงสุด โดยเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ที่ยังปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน ตั้งแต่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิวไตได้ และจะก่อให้เกิดโรคนิวไตได้ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน ซึ่งพบความชุกของโรคนิวไตสูงสุด (Bergsland et al., 2011; Edvardson, Indridason,

Haraldsson, Kjartansson, & Palson, 2012) ผู้ที่เริ่มเป็นโรคนิ้วไตส่วนหนึ่งจะมีอาการแสดง ซึ่งสัมพันธ์กับนิ้วที่โตขึ้น หรือมีอาการเตือนของโรคเมื่อเกิดผลึกนิ้วและขนาดโตขึ้นเรื่อยๆ กลายเป็นก้อนนิ้ว อุดตันบริเวณต่างๆ ของไต เมื่อมีการเสียดสีของก้อนนิ้วทำให้เกิดอาการปวดบริเวณนั้นเอง ด้านหลัง อาจร้าวลงขาหนีบ ปัสสาวะมีเลือดปน กระปริดกระปรอย สีเข้มหรือขุ่น เมื่ออาการรุนแรงอาจปัสสาวะไม่ออก (กิตติฉินฐ กฤษฎากก และสมชาย เจตสุรกันต์, 2558; อมร เปรมกมล และคณะ, 2550) ดังนั้น การสังเกตอาการผิดปกติจะนำไปสู่การระบุว่าเกิดโรคนิ้วไตได้ จากการศึกษาอาการเตือนของการเกิดโรคนิ้วไตพบว่า อาการของผู้ป่วยโรคนิ้วไตที่เรียกว่า กลุ่มอาการอีสานรวมมิตร ประกอบด้วยอาการเรื้อรัง ได้แก่ ปวดเอว จุกแน่นท้องน้อย อ่อนเพลีย ปัสสาวะแสบขัด และมีอาการกำเริบเมื่อรับประทานหน่อไม้ โดยพบความชุกประมาณร้อยละ 29.40 (อมร เปรมกมล และคณะ, 2550)

ด้วยเหตุที่โรคนิ้วไตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุ และมีอัตราการกลับเป็นโรคซ้ำสูง แม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยการสลายนิ้วหรือการผ่าตัดแล้วก็ตาม (ชาญชัย บุญหล้า, ปิยะรัตน์ โตสุโขวงศ์, และเกรียง ตั้งสง่า, 2550) และส่งผลให้เกิดโรคไตเรื้อรังตามมา ซึ่งรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคนิ้วไตในคนไทยยังมีจำกัด ประชากรมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไตแบบเฉียบพลันในช่วงอายุน้อย ทำให้เกิดโรคนิ้วไตขึ้นในวัยทำงานและในวัยสูงอายุมากขึ้น ประกอบกับปัจจุบัน ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนิ้วไตในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นยังไม่มีการศึกษาอย่างชัดเจนในประเทศไทย การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนิ้วไตระหว่างผู้ป่วยโรคนิ้วไตที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคที่มี

ความเสี่ยงสูงและผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีหลักฐานประจักษ์ชัดและสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนิ้วไต ทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะภายในของบุคคลและปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม (ชาญชัย บุญหล้า และคณะ, 2550; สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ, 2554) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไตและอาการเตือนของโรคนิ้วไตในกลุ่มประชากรที่คาดว่าจะมีความเสี่ยงสูง คือ ผู้ป่วยโรคนิ้วไตที่อยู่ในภาคอีสานที่มีความชุกของโรคสูงซึ่งมีคุณสมบัติที่ต้องการวัดสูง (extremely high) กับกลุ่มเปรียบเทียบที่คาดว่าจะมีความเสี่ยงต่ำ คือ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ยังไม่เป็นโรค (extremely low) ตามแนวทางการเปรียบเทียบความแตกต่างที่ชัดเจนและพิสูจน์ได้ทางสถิติ (Burns & Grove, 2001) โดยคาดหวังว่า ข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไตตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น รวมทั้งได้แนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงและสร้างความตระหนักต่อการป้องกันโรคไตเสื่อมระยะแรกและโรคไตเรื้อรังที่เกิดจากโรคนิ้วไตต่อไป

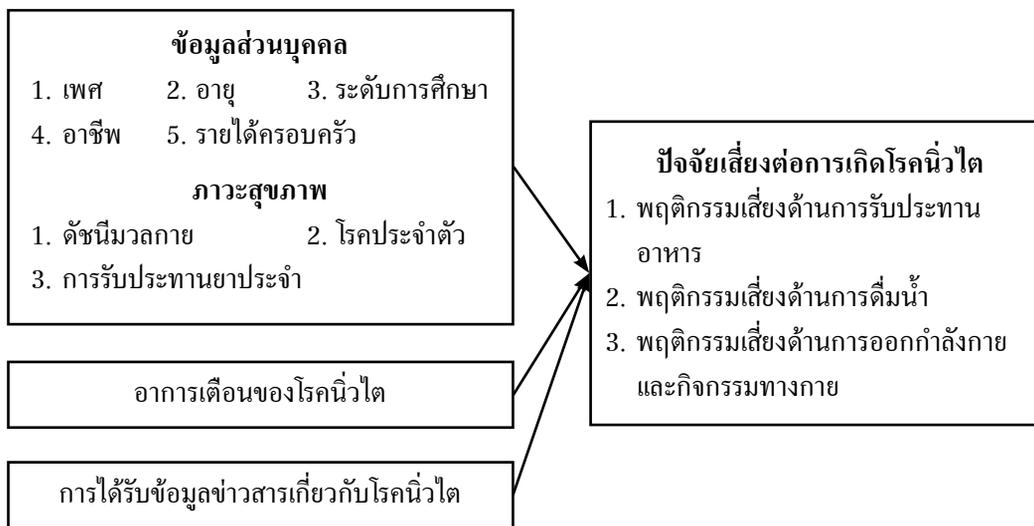
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไต อาการเตือนของโรคนิ้วไต และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนิ้วไต ในผู้ป่วยโรคนิ้วไตและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ อาการเตือนของโรคนิ้วไต และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนิ้วไตกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไต ระหว่างผู้ป่วยโรคนิ้วไตกับกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อศึกษาความเสี่ยงของอุบัติการณ์การเกิดโรคนิ้วไตในผู้ป่วยโรคนิ้วไตและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่มีฐานการศึกษาทางระบาดวิทยาและทฤษฎีทางเคมีสรีรภาพ (Physio-chemical Theory) (Johri et al., 2010) โดยมีหลักฐานจากการวิจัยพบว่า นิ่วไตเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยเสริมที่อาจเนื่องจากการมีปริมาณสารก่อเนื้อมากเกินกว่าจุดอิ่มตัวในปัสสาวะ มีสารยับยั้งการเกิดนิ่วลดลง หรือมีสารและภาวะที่กระตุ้นการเกิดนิ่วไตเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ กลไกการเกิดนิ่วไตของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ่วไตเป็นคุณสมบัติของบุคคลทั้งภายในและภายนอก ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมถิ่นที่อยู่อาศัย และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต มีผลต่อการก่อตัวของนิ่วและส่งเสริมกัน ทำให้เกิดนิ่วไตได้เร็วขึ้น (Badatato, Leslie, & Teichman, 2016; Johri et al., 2010; Wells et al., 2012)

อาจเกิดภายหลังการรักษาด้วยการสลายนิ่วหรือการผ่าตัด อาการเตือนของโรคนิ่วไตจะสอดคล้องกับตำแหน่งของก้อนนิ่วภายในไตหรือท่อไต ตามขนาดของก้อนนิ่วและการเคลื่อนตัวของก้อนนิ่วที่ทำให้เกิดการเสียดสีและการอุดตัน (American Urology Association, 2018; Wells et al., 2012) โดยปัจจัยทำนายด้านข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และการรับประทานยาประจำ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอาการเตือนของโรคนิ่วไต และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนิ่วไต ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กันตามหลักการเคมีสรีรภาพกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ่วไต สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เป็นโรค เป็นผู้ป่วยโรคนี้ว่าไตที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลนครพนม โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม 2559 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีสภาวะของโรครุนแรงหรือเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย 3) ไม่มีความพิการ หรือเป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย หรือการดำเนินชีวิตตามปกติ 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ 5) ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็น และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 454 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 500 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกพื้นที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาล 4 แห่ง (จากจำนวน 7 แห่ง) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก ได้โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลนครพนม โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากจากทะเบียน

รายชื่อผู้ป่วย ตามสัดส่วนของประชากร

ประชากรกลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ไม่เป็นโรค เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศไทย ที่ลงทะเบียนศึกษาในช่วงปีการศึกษา 2558-2559 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ศึกษาแบบเต็มเวลา และพักอาศัยอยู่ในประเทศไทย 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 4) ไม่มีความพิการ หรือเป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย หรือการดำเนินชีวิตตามปกติ 5) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคนี้ว่าไต และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 363 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน แบ่งออกเป็นนักศึกษาของคณะที่อยู่ในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 200 คน และนักศึกษาของคณะที่ไม่อยู่ในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากจากรหัสประจำตัวนักศึกษา ตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคนี้ว่าไต ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวอื่น ๆ และการรับประทานยาประจำ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของนักศึกษา

ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ครอบครัว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และการรับประทานยาประจำ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการเตือนของโรคนี้ว่าดี ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคนี้ว่าดี ของ Jaber (2012) และอมร เปรมกมล และคณะ (2550) จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่เคยมีอาการมีอาการน้อย/นานๆ ครั้ง มีอาการปานกลาง/บางครั้ง และมีอาการมาก/บ่อยครั้ง โดยปรับคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีอาการเตือนของโรคนี้ว่าดีในระดับน้อยที่สุด (0-1.59 คะแนน) ในระดับน้อย (1.60-2.59 คะแนน) ในระดับมาก (2.60-3.59 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (3.60-4 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ว่าดี ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติของทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับน้อย ได้รับปานกลาง และได้รับมากและเพียงพอ โดยปรับคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ได้รับข้อมูลในระดับน้อยที่สุด (0-1.59 คะแนน) ในระดับน้อย (1.60-2.59 คะแนน) ในระดับมาก (2.60-3.59 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (3.60-4 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ว่าดี ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนี้ว่าดี ของ Salmeh et al. (2012)

และของ Rule, Krambeck, and Lieske (2011) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มน้ำ จำนวน 5 ข้อ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ/น้อยที่สุด ปฏิบัติน้อยมาก/นานๆ ครั้ง ปฏิบัติปานกลาง/บางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง/เป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม โดยปรับคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับน้อยที่สุด (0-1.59 คะแนน) ในระดับน้อย (1.60-2.59 คะแนน) ในระดับมาก (2.60-3.59 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (3.60-4 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้อาการเตือนของโรคนี้ว่าดี แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ว่าดี และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ว่าดี ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ผู้ชำนาญด้านการรักษาโรคนี้ว่าดี อาจารย์มหาวิทยาลัย อาจารย์พยาบาล และพยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ทั้ง 4 ชุด ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคนี้ว่าดีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสกลนคร และนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน และ 30 คน ตามลำดับ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้

อาการเตือนของโรคนี้ไว้ แบบสอบถามการได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ไว้ และแบบประเมิน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไว้ ด้วยวิธีการของ ครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .89, .85 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 086/2558 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2559) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล อุดรธานี (เอกสารรับรอง เลขที่ 58/16689 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2558) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพนม (เอกสารรับรอง เลขที่ IEC -NKP1-No.22/2558 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2558) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล สกลนคร (เอกสารรับรอง เลขที่ 13176 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2558) และคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย (เอกสารรับรอง เลขที่ 4355 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2558) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวม ข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้ง แจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอ ข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยโรคนี้ไว้: ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอุดรธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นครพนม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เข้าพบแพทย์ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลห้องตรวจศัลยกรรมระบบ ทางเดินปัสสาวะ แผนกผู้ป่วยนอก ของแต่ละ

โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จาก นั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์ สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน โดยใช้เวลา ประมาณ 30 นาที ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ: ผู้วิจัยขอ อนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะต่างๆ ใน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ติดต่อและขอพบตัวแทน นักศึกษาแต่ละคณะ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่ม ตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน โดยให้ เวลา 20-30 นาที และขอให้ตัวแทนนักศึกษาเป็น ผู้ประสานงาน รวบรวม และนำส่ง ทั้งนี้ ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือน ธันวาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ ข้อมูลอาการเตือนของโรคนี้ไว้ ข้อมูลการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ไว้ และข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไว้ วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคนี้ไว้ อาการเตือนของโรคนี้ไว้ และการได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ไว้ ในผู้ป่วยโรคนี้ไว้ และกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test (แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ เสี่ยงมาก [1 คะแนน] และเสี่ยงน้อย [0 คะแนน] หรือได้รับมาก [1 คะแนน] และได้รับน้อย [0 คะแนน]) การทำอำนาจการทำนาย ของปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ อาการเตือน ของโรคนี้ไว้ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคนี้ไว้ กับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไว้ ระหว่างผู้ป่วยโรคนี้ไว้กับกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mantel-Jaenzel Chi-square

test การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ และ odds ratio โดยจัดระดับตัวแปรส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพเป็นตัวแปรหุ่น ส่วนการวิเคราะห์ ความเสี่ยงของอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ไต (relative risk) ทำโดยปรับคะแนนตัวแปรที่เกี่ยวข้องเป็นตัวแปรหุ่น ดังนี้ เพศ (หญิง = 0, ชาย = 1) อายุ (< 25 ปี = 0, ≥ 25 ปี = 1) การศึกษา (ต่ำกว่าปริญญาตรี = 0, ปริญญาตรีขึ้นไป = 1) อาชีพ (ใช้แรงงาน = 0, ไม่ใช้แรงงาน = 1) รายได้ครอบครัว (< 15,000 บาท/เดือน = 0, ≥ 15,000 บาท/เดือน = 1) ดัชนีมวลกาย (< 25 kg/m² = 0, ≥ 25 kg/m² = 1) โรคประจำตัว (ไม่มี = 0, มี = 1) การรับประทานยาประจำ (ไม่มี = 0, มี = 1) และกำหนดให้อุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ไตมีค่าเป็น 0 และ ไม่เกิดมีค่าเป็น 1 ทำการ recode โดยใช้ชื่อว่า illgroup

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

1.1 ผู้ป่วยโรคนี้ไต พบว่า ผู้ป่วยโรคนี้ไต เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.60 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.60 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.80 ปี ($SD = 10.50$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 70.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 67.40 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001-15,000 บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.20 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23-29.99 kg/m² (ภาวะเสี่ยงอ้วนและภาวะอ้วนระดับ 1) คิดเป็นร้อยละ 61.20 มีโรคประจำตัวอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 33.40 และส่วนใหญ่ไม่มีการรับประทานยาประจำ คิดเป็นร้อยละ 84.40

1.2 กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.50

มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 64 โดยมีอายุเฉลี่ย 20.10 ปี ($SD = 1.20$) ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.50 และมีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 50,000 บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.80 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงน้อยกว่า 18 ถึง 22.99 kg/m² (ต่ำกว่าปกติและปกติ) คิดเป็นร้อยละ 76.80 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 21.50 และส่วนใหญ่ไม่มีการรับประทานยาประจำ คิดเป็นร้อยละ 83.20

2. อาการเตือนของโรคนี้ไต และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ไต ของผู้ป่วยโรคนี้ไต และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ผู้ป่วยโรคนี้ไตมีคะแนนเฉลี่ยอาการเตือนของโรคนี้ไตในระดับมาก ($M = 3.40, SD = 1.60$) โดยส่วนใหญ่มีอาการเตือนที่รับรู้ได้ คือ อาการอ่อนเพลีย และมีอาการผิดปกติขณะขับถ่ายปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 60.20 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยอาการเตือนของโรคนี้ไตในระดับน้อย ($M = 1.30, SD = .30$)

สำหรับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ไต พบว่า ผู้ป่วยโรคนี้ไตมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับน้อย ($M = 2.30, SD = 1.80$) โดยส่วนใหญ่ได้รับการอ่านคู่มือความรู้ และจากการอ่านแผ่นพับหรือหนังสือพิมพ์ คิดเป็นร้อยละ 67.20 เท่ากัน ได้จากบุคลากรทางสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 50 และจากผู้ป่วยโรคนี้ไต คิดเป็นร้อยละ 42.40 ส่วนใหญ่ระบุแหล่งความรู้เรื่องโรคนี้ไตสำหรับการดูแลสุขภาพมีไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 91.20 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ไตในระดับมาก ($M = 3.90, SD = 2.30$) โดยส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากการอ่านแผ่นพับหรือหนังสือพิมพ์ คิดเป็นร้อยละ 64.50 และจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์

อินเทอร์เน็ท คิดเป็นร้อยละ 62.30 ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีแหล่งความรู้เรื่องโรคนี้ไว้สำหรับการดูแลสุขภาพเพียงพอหรือไม่ คิดเป็นร้อยละ 65.80

3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไว้ของผู้ป่วยโรคนี้ไว้และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ผู้ป่วยโรคนี้ไว้และกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมและรายด้านต่ำ โดยผู้ป่วยโรคนี้ไว้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 3.60, SD = 1.50$ และ $M = 3.10, SD = 1.70$ ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยโรคนี้ไว้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการรับประทานเนื้อสัตว์ปริมาณมาก การรับประทานเนื้อสัตว์ประเภทสัตว์ปีก เครื่องในสัตว์ ถั่ว ปริมาณมากเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 75.60 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการรับประทานยาเสริมแคลเซียมเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 92.20 นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคนี้ไว้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มน้ำสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 2.40, SD = .90$ และ $M = 1.80, SD = .90$ ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยโรคนี้ไว้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการดื่มน้ำบ่อยหรือน้ำบาดาลเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 65.60 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการดื่มน้ำต่อวันน้อย หรือ

น้อยกว่า 2-4 แก้ว/วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34 ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย พบว่า ผู้ป่วยโรคนี้ไว้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 1.50, SD = 1$ และ $M = 2.30, SD = .90$ ตามลำดับ) โดยผู้ป่วยโรคนี้ไว้ทำงานที่ต้องออกแรง ทำงานกลางแจ้งหรือทำงานในที่ที่อากาศร้อน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.80 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีพฤติกรรมนั้นๆ นอนๆ คิดเป็นร้อยละ 66.40

4. การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไว้ อาการเตือนของโรคนี้ไว้ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ไว้ ในผู้ป่วยโรคนี้ไว้และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ผู้ป่วยโรคนี้ไว้และกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มน้ำ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนอาการเตือนของโรคนี้ไว้ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ไว้ ในผู้ป่วยโรคนี้ไว้และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ว่าไต อาการเตือนของโรคนี้ว่าไต และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ว่าไต ในผู้ป่วยโรคนี้ว่าไต (n = 500) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 400)

ตัวแปร	ผู้ป่วยโรคนี้ว่าไต (n = 500)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 400)		Statistic test	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร					5.217 ^a	< .001
ความเสี่ยงมาก (≥ 7 คะแนน)	2	.40	8	2.00		
ความเสี่ยงน้อย (< 7 คะแนน)	498	99.60	392	98.00		
พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มน้ำ					.005 ^a	.946
ความเสี่ยงมาก (≥ 4 คะแนน)	6	1.20	5	1.20		
ความเสี่ยงน้อย (< 4 คะแนน)	494	98.80	395	98.80		
พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกาย					3.792 ^a	.051
ความเสี่ยงมาก (≥ 4 คะแนน)	20	4.00	7	1.80		
ความเสี่ยงน้อย (< 4 คะแนน)	480	96.00	393	98.20		
พฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม					2.754 ^a	.097
ความเสี่ยงมาก (≥ 12 คะแนน)	8	1.60	13	3.30		
ความเสี่ยงน้อย (< 12 คะแนน)	492	98.40	387	96.70		
อาการเตือนของโรคนี้ว่าไต					42.207 ^a	.027
อาการเตือนมาก (≥ 4 คะแนน)	53	10.60	1	.30		
อาการเตือนน้อย (< 4 คะแนน)	447	89.40	399	99.70		
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ว่าไต					29.258 ^a	< .001
ได้รับมาก (≥ 5 คะแนน)	32	6.40	72	18.00		
ได้รับน้อย (< 5 คะแนน)	468	93.60	328	82.00		

หมายเหตุ ^a = Chi-square test

5. ปัจจัยทำนายการเกิดโรคนี้ว่าไตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยทำนายการเกิดโรคนี้ว่าไตเรียงตามลำดับ ได้แก่ อาชีพที่ใช้แรงงาน มีผลต่อการเกิดโรคนี้ว่าไต 70.97 เท่า รองลงมา คือ อาการเตือน

ของโรคนี้ว่าไต มีผลต่อการเกิดโรคนี้ว่าไต 44.44 เท่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย มีผลต่อการเกิดโรคนี้ว่าไต 7.79 เท่า เพศชาย มีผลต่อการเกิดโรคนี้ว่าไต 2.50 เท่า ผู้ที่มีภาวะอ้วน

(BMI ≥ 25 kg/m²) มีผลต่อการเกิดโรคนี้ไว้ 0.28 เท่า การมีโรคประจำตัว มีผลต่อการเกิดโรคนี้ไว้ 0.04 เท่า และระดับการศึกษา มีผลต่อการเกิดโรคนี้ไว้ 0.01 เท่า โดยสามารถทำนายการเกิดโรคนี้ไว้ได้ถูกต้องร้อยละ 96.80 สามารถทำนายผู้ที่ไม่มีเกิดโรคนี้ไว้ได้ถูกต้องร้อยละ 94.60 และโดย

ภาพรวม ร้อยละ 95.80 ส่วนปัจจัยอายุ การรับประทานยาประจำ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ไว้ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร และ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มน้ำ พบว่าไม่มีผลต่อการเกิดโรคนี้ไว้ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายการเกิดโรคนี้ไว้ และการทำนายความถูกต้องในกลุ่มตัวอย่าง (n = 900)

ตัวแปร	B	SE	Wald	df	p	Exp (B)	95% CI for EXP (B)	
							Lower	Upper
step1 ^a เพศ	.920	.390	5.420	1	.020	2.50	1.16	5.41
อายุ	-23.660	1573.840	.000	1	.990	.00	.00	.00
ดัชนีมวลกาย	-1.290	.470	7.410	1	.010	.28	.11	.70
ระดับการศึกษา	-5.160	1.740	8.810	1	<.001	.01	.00	.17
อาชีพ	4.260	.690	38.560	1	<.001	70.97	18.48	272.46
โรคประจำตัว	-3.220	.410	62.020	1	<.001	.04	.02	.09
การรับประทานยาประจำ	.430	.540	.640	1	.420	1.54	.53	4.46
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	-.200	.520	.150	1	.700	.82	.30	2.25
พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร	-2.350	1.600	2.160	1	.140	.10	.00	2.20
พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มน้ำ	.180	2.980	.000	1	.950	1.19	.00	412.88
พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย	2.050	.940	4.800	1	.030	7.79	1.24	48.81
อาการเตือนของโรคนี้ไว้	3.790	1.820	4.360	1	.040	44.44	1.26	1565.50
Constant	26.180	1573.850	.000	1	.990	2.34E1		

Observed	การเกิดโรคนี้ไว้		การทำนาย (predicted) ความถูกต้อง (ร้อยละ)	
	เกิด	ไม่เกิด		
การเกิดโรคนี้ไว้	ไม่เกิด (no)	370	21	94.60
	เกิด (yes)	16	484	96.80
overall percentage				95.80

หมายเหตุ a. Variable(s) entered on step 1: sex, agegroup, BMIgroup, edgroup, ocgroup, cogroup, druggroup, sumgrKI, sumgrEB, sumgrDBH, sumgrEXBH, sumgrWS

6. ความเสี่ยงของอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ไว้ในผู้ป่วยโรคนี้ไตและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเตือนของโรคนี้ไตมาก มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไต เป็น 42.40 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเตือนของโรคนี้ไตน้อย กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายมาก มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไต เป็น 2.27 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย น้อย กลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไต เป็น 1.88 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 22 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไต เป็น 24.95 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 22 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาดำกว่าระดับปริญญาตรี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไต เป็น 1.18 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับ

ปริญญาตรีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพที่ใช้แรงงาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไต เป็น 2.68 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพที่ไม่ใช้แรงงาน กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไต เป็น 51.73 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัว 15,000 บาทขึ้นไป/เดือน กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกาย 25 kg/m² ขึ้นไป (อ้วน) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไต เป็น 3.71 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 kg/m² (ไม่อ้วน) และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว (เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไตเรื้อรัง ต่อมไทรอยด์ผิดปกติ โรคเก๊าท์) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ไต เป็น 3.10 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความเสี่ยงของอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ไตในผู้ป่วยโรคนี้ไต (n = 500) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 400)

ตัวแปร	การเกิดโรคนี้ไต (RC)		Risk estimate	Value	95% CI
	เกิด (n = 500)	ไม่เกิด (n = 400)			
อาการเตือนของโรคนี้ไต			OR for RC (Y/N)	.02	.00–1.15
อาการเตือนน้อย	447	399	For cohort ILL = N	.87	.87–.92
อาการเตือนมาก	53	1	For cohort ILL = Y	42.40	5.89–305.25
พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย			OR for RC (Y/N)	.43	.18–1.03
ความเสี่ยงน้อย	480	390	For cohort ILL = N	.98	.96–1.00
ความเสี่ยงมาก	20	7	For cohort ILL = Y	2.27	.97–5.31

ตารางที่ 3 ความเสี่ยงของอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจ (n = 500) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 400) (ต่อ)

ตัวแปร	การเกิดโรคหัวใจ (RC)		Risk estimate	Value	95% CI
	เกิด (n = 500)	ไม่เกิด (n = 400)			
เพศ			OR for RC (Y/N)	.35	.26–.46
หญิง	232	286	For cohort ILL = N	.65	.58–.73
ชาย	268	114	For cohort ILL = Y	1.88	1.58–2.24
อายุ			OR for RC (Y/N)	.00	.00–.00
น้อยกว่า 22 ปี	1	384	For cohort ILL = N	.00	.00–.02
22 ปีขึ้นไป	499	16	For cohort ILL = Y	24.95	15.44–40.33
การศึกษา			OR for RC (Y/N)	5.11	3.12–8.39
ต่ำกว่าปริญญาตรี	478	323	For cohort ILL = N	1.18	1.12–1.24
ปริญญาตรีขึ้นไป	22	77	For cohort ILL = Y	.23	.15–.36
อาชีพ			OR for RC (Y/N)	24.95	16.71–37.23
ใช้แรงงาน	465	139	For cohort ILL = N	2.68	2.34–3.07
ไม่ใช้แรงงาน	35	261	For cohort ILL = Y	.11	.08–.15
รายได้ครอบครัว			OR for RC (Y/N)	83.90	26.57–264.97
น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน	194	3	For cohort ILL = N	51.73	16.67–160.58
15,000 บาทขึ้นไป/เดือน	306	397	For cohort ILL = Y	.62	.58–.66
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)			OR for RC (Y/N)	.19	.13–.28
น้อยกว่า 25 (ไม่อ้วน)	324	362	For cohort ILL = N	.72	.67–.77
25 ขึ้นไป (อ้วน)	176	38	For cohort ILL = Y	3.71	2.68–5.13
โรคประจำตัว			OR for RC (Y/N)	.14	.10–.19
ไม่มี	167	314	For cohort ILL = N	.43	.37–.49
มี	333	86	For cohort ILL = Y	3.10	2.54–3.77

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคนิ้วไตและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร อาการเตือนของโรคนิ้วไต และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนิ้วไต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของโรคนิ้วไตเกี่ยวกับอาหาร พบว่ามีการศึกษานับสนุนจำนวนมากว่า อาหารมีผลต่อสารในเคมีสรีรภาพทั้งทำให้ร่างกายมีผลึกนิ้วไตโดยตรง และทำให้มีความเข้มข้นของสารก่อนิ้วไตเป็นองค์ประกอบของผลึกนิ้วไตในภาวะอ้วนตัวได้มากขึ้น ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันระหว่างผู้ที่รับประทานอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การรับประทานเนื้อสัตว์จำนวนมาก แตกต่างจากผู้ที่ไม่เป็นโรคนิ้วไต (Ferraro, Bargagli, Trinchieri, & Gambaro, 2020) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มน้ำ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมพบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคนิ้วไตมีการรับรู้ว่าเป็นโรคและมีโอกาสเกิดโรคนิ้วไตซ้ำได้ รวมทั้งการเป็นโรคนิ้วไตอยู่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและมีการแสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเอง โดยอาจได้รับข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้โรคนิ้วไตเกิดความรุนแรง หรือการป้องกันโรคในระหว่างการรักษาหรือการมาติดตามการรักษาตามนัดจากพยาบาลหรือแพทย์ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคนิ้วไตอาจแสวงหาความรู้จากแหล่งความรู้ต่างๆ ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไตในส่วนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งยังไม่เกิดความตระหนักในการหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดโรคนิ้วไต เพราะยังไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วย ส่วนผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยโรคนิ้วไตมีอาการ

เตือนที่รับรู้ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคนิ้วไตมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยตนเองหรือโดยตรง รวมทั้งมีโอกาสได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการของโรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินว่ามีอาการเตือนหรือรับรู้ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคนิ้วไต ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนิ้วไต พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคนิ้วไตมากกว่าผู้ป่วยโรคนิ้วไต เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบยังอยู่ในวัยศึกษาและอยู่ในแหล่งที่สามารถแสวงหาความรู้หรืออยู่ในสถานศึกษา ซึ่งมีความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล การค้นคว้าความรู้สามารถเข้าถึงได้ง่าย นอกจากนี้ยังศึกษาในระดับปริญญาตรี จึงย่อมมีศักยภาพในการเรียนรู้ มีความเข้าใจเนื้อหาความรู้ได้ง่ายและมากกว่าผู้ป่วยโรคนิ้วไตซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า นอกจากนี้กลุ่มเปรียบเทียบครึ่งหนึ่งเป็นนักศึกษาในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งมีโอกาสได้ศึกษาเกี่ยวกับโรคนิ้วไต เช่น กลุ่มนักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ สหเวช หรือสาธารณสุข

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพที่ทำนายการเกิดโรคนิ้วไตเรียงตามลำดับ ได้แก่ อาชีพที่ใช้แรงงาน มีผลต่อการเกิดโรคนิ้วไต 70.97 เท่า เพศชาย มีผลต่อการเกิดโรคนิ้วไต 2.50 เท่า ผู้ที่มีภาวะอ้วน มีผลต่อการเกิดโรคนิ้วไต 0.28 เท่า การมีโรคประจำตัว มีผลต่อการเกิดโรคนิ้วไต 0.04 เท่า และระดับการศึกษามีผลต่อการเกิดโรคนิ้วไต 0.01 เท่า โดยสามารถทำนายการเกิดโรคนิ้วไตได้ถูกต้องร้อยละ 96.80 สามารถทำนายผู้ที่ไม่เกิดโรคนิ้วไตได้ถูกต้องร้อยละ 94.60 และโดยภาพรวม ร้อยละ 95.80 ทั้งนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพมีอำนาจในการทำนายโอกาสเกิดโรคนิ้วไตระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับบางการศึกษา

(Alealign & Petros, 2018; Kongkiatkul, Banhansupawat, Khamsiri, Sukaprasong, & Chattan, 2012)

ผลการวิจัยพบว่า ความเสี่ยงของอุบัติการณ์การเกิดโรคนิ้วไตเรียงตามลำดับ คือ รายได้น้อย อายุที่มากขึ้น ภาวะอ้วน การมีโรคประจำตัว อาชีพที่ใช้แรงงาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายน้อย เพศชาย และการศึกษาต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไต เป็น 51.73 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัว 15,000 บาทขึ้นไป/เดือน กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 22 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไต เป็น 24.95 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 22 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกาย 25 kg/m^2 ขึ้นไป (อ้วน) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไต เป็น 3.71 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 kg/m^2 (ไม่อ้วน) กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไต เป็น 3.10 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพที่ใช้แรงงาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไต เป็น 2.68 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพที่ไม่ใช้แรงงาน กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายมาก มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไต เป็น 2.27 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย น้อย กลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไต เป็น 1.88 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง และกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ้วไต เป็น 1.18 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชาญชัย บุญหล้า และคณะ (2550) ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับ

โรคนิ้วไตที่สำคัญ คือ การรับประทานอาหารที่มีออกซาเลตสูง การทำงานกลางแจ้งที่มีอากาศร้อนมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ การดื่มน้ำน้อยกว่า 2 ลิตร/วัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Baatiah et al. (2020) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการเกิดโรคนิ้วไต ได้แก่ อายุ 40–50 ปี เพศชาย ดัชนีมวลกายมากกว่าปกติหรือภาวะอ้วน การมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน เก๊าท์ การประกอบอาชีพและปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม คือ การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมออกซาเลต ฟอสเฟต หรือสารพิวรีนสูง ได้แก่ ผักพื้นบ้าน ชะอม หน่อไม้ การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนหรือเนื้อมาก การดื่มน้ำน้อยกว่า 2 ลิตร/วัน การกลั้นปัสสาวะหรือมีปัสสาวะน้อย พฤติกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ หรือการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ทั้งนี้ แนวคิดเรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการตกผลึกของก้อนนิ้วไต เป็นไปในลักษณะที่สะสม ก่อตัวทีละน้อย และเป็นแบบองค์รวมระหว่างพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงที่ปฏิบัติกันมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดก้อนนิ้วไตขึ้น ดังนั้น การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมในแต่ละบุคคลเพื่อลดพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงให้น้อยที่สุด ย่อมส่งผลต่อการยับยั้งการก่อตัวของก้อนนิ้วไตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคนิ้วไต ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและการรณรงค์ป้องกันการเกิดโรคนิ้วไตในกลุ่มเสี่ยง และการป้องกัน การกลับเป็นโรคนิ้วไตซ้ำในผู้ป่วยโรคนิ้วไต
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคนิ้วไตในแต่ละภูมิภาค เนื่องจากยังมีการศึกษา

น้อยมาก และศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนิ่วไต ในปัจจุบันที่อาจมีความแตกต่างจากในอดีต และแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค

2.2 ควรมีการศึกษาโดยนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการสร้างโปรแกรมหรือแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคนิ่วไตในกลุ่มเสี่ยง โดยการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และการตระหนักถึงอาการเตือนของโรคนิ่วไต

เอกสารอ้างอิง

กิตติณัฐ กฤษณาภค, และสมชาย เจตสุรกานต์. (2558). โรคนิ่วไตในประเทศไทย. สืบค้นจาก http://www.dollargroup-th.com/detail.php?pro_id=132&cat_id=47&group

ชาญชัย บุญหล้า, ปิยะรัตน์ โตสุโขวงศ์, และเกรียง ตั้งสง่า. (2550). โรคนิ่วไต: จากกลไกการเกิดนิ่วระดับโมเลกุลสู่การป้องกัน. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บ.ก.), *โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา*. กรุงเทพฯ: เทกซ์แอนด์เจอร์นอล.

สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า, และวิศิษฐ์ ลิตปรีชา. (บ.ก.). (2554). *Textbook of nephrology*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล แพบลิเคชั่น.

อมร เปรมกมล, วัฒนะ ดิฐสถาพรเจริญ, มุกดา วิเชียร, ศรีน้อย มาศเกษม, บังอรศรี จินดาวงค์, และพจน์ ศรีบุญลือ. (2550). ความชุกของกลุ่มอาการอัสานรวมมิตรและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 22(4), 384-393.

Alaya, A., Nouri, A., Belgith, M., Saad, H., Jouini, R., & Najjar, M. F. (2012). Change in urinary stone composition in the Tunisian population: A retrospective study of 1,301 cases. *Annals of Laboratory Medicine*, 32(3), 177-183.

Alelign, T., & Petros, B. (2018). Kidney stone disease: An update on current concepts. *Advances in Urology*, 2018, 1-12. doi:10.1155/2018/3068365

American Urology Association. (2518). *Kidney stone recurrence among children and adolescents*. doi:https://doi.org/10.1016/j.juro.2016.07.090

Baatiah, N. Y., Alhazmi, R. B., Albathi, F. A., Albogami, E. G., Mohammedkhalil, A. K., & Alsaywid, B. S. (2020). Urolithiasis: Prevalence, risk factors, and public awareness regarding dietary and lifestyle habits in Jaddah, Saudi Arabia in 2017. *Urology Annals*, 12(1), 57-62.

Badalato, G., Leslie, S. W., & Teichman, J. (2016). Kidney stones. *American Urological Association, National Medical Student Curriculum*, 3, 1-13.

Bergsland, K. J., Coe, F. L., White, M. D., Erhard, M. J., DeFoor, W. R., Mahan, J. D., ... Asplin, J. R. (2011). Urine risk factors in children with calcium kidney stones and their siblings. *Kidney International*, 81(11), 1140-1148.

- Burns, N., & Grove, S. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (4th ed). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Chen, J. N., Dleguez, L. M., & Trachtman, H. (2014). The changing epidemiology of urolithiasis in pediatric patients. *Journal of Nephrology Therapeutic*, 2014(S11:006), 1-3. doi:10.4172/2161-0959.S11006
- Dhondup, T., Kittanamongkolchai, W., Vaughan, L. E., Mehta, R. A., Chhina, J. K., Enders, F. T., ... Rule, A. W. (2018). Risk of ESRD and mortality in kidney and bladder stone. *American Journal of Kidney Disease*, 72(6), 790-797.
- Edvardsson, V. O., Indridason, O. S., Haraldsson, G., Kjartansson, O., & Palsson, R. (2012). Temporal trends in the incidence of kidney stone disease. *Kidney International*, 83(1), 146-152.
- Ferraro, P. M., Bargagli, M., Trinchieri, A., & Gambaro, G. (2020). Risk of kidney stones: Influence of dietary factors, dietary pattern, and Vegetarian-Vegan diet. *Nutrients*, 12, 1-16.
- Hughes, P. (2007). Kidney stones epidemiology. *Nephrology*, 12, s26-s30. doi:10.1111/j.1440-1797.2006.00724.x
- Jaber, M. F. (2012). Risk factors for kidney stone formation: A field study. *Health Science Journal*, 6(4), 714-725.
- Johri, N., Cooper, B., Robertson, W., Choong, S., Richards, D., & Unwin, R. (2010). An update and practical guide to renal stone management. *Nephron Clinical Practice*, 116, c159-c171.
- Kongkiatkul, S., Banhansupawat, T., Khamsiri, A., Sukaprasong, P., & Chattan, N. (2012). *Statistical report 2011: Nonthaburi Department of Medical Services*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Romero, V., Akpınar, H., & Assimos, D. G. (2010). Kidney stones: A global picture of prevalence, incidence, and associated risk factors. *Review in Urology*, 12(2-3), e86-e96.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rule, A. D., Krambeck, A. E., & Lieske, J. C. (2011). Chronic kidney disease in kidney stone formers. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 6(8), 2069-2075. doi:10.2215/CJN.10651110
- Salmeh, F., Yaghoubi, T., Zakizadeh, M., Yaghoubian, M., & Shahmohammadi, S. (2012). Evaluation of health behaviors in patients with kidney stones in Sari/Iran. *International Journal of Urological Nursing*, 6(1), 17-21. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1749-771X.2012.01139.x>

Stamatelou, K. K., Francis, M. E., Jones, C. A., Nyberg, L. M., & Curhan, G. C. (2011). Time trends in reported prevalence of kidney stones in the United States: 1976-1994. *Kidney International Journal*, 63(5), 1951-1952.

Wang, W., Fan, J., Huang, G., Li, J., Zhu, X., Tian, Y., & Su, L. (2017). Prevalence of kidney stones in mainland China: A systematic review. *Scientific Reports*, 7, 1-9. doi:10.1038/srep41630

Wells, C. C., Chandrashekar, K. B., Jyothirmayi, G. N., Tahiliani, V., Sabatino, J. C., & Juncos, L.A. (2012). Kidney stones current diagnosis and management. *Clinician Reviews*, 22(2), 32-37.

ความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล

The Happiness in Studying as Perceived by Nursing Students

ไพไลพร สุขเจริญ, พ.ศ. (จิตวิทยาประยุกต์) ¹

Pilaiporn Sukcharoen, Ph.D. (Applied Psychology) ¹

จิตดาภา พลรักษ์, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) ²

รภัทกร เพชรสุข, พ.ศ. (การจัดการบริการสุขภาพ) ³

Jidapa Polruk, M.P.H. (Public Health) ²

Raphatphorn Petchsuk, Ph.D. (Service Health Management) ³

Received: May 14, 2019 Revised: December 10, 2020 Accepted: December 15, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน ชนิดเชิงปริมาณนำเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาระดับความสุขในการเรียน และองค์ประกอบด้านความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 100 คน และการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 12 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดความสุขในการเรียน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และความสุขในการเรียน มีค่าความเชื่อมั่น .80 และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.88, SD = .32$) องค์ประกอบด้านความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การมีความสามารถด้านการปรับตัวต่อการเรียน 2) การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ 3) การมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือรอบคัว 4) การมี

^{1,2} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

^{1,2} Lecturer, Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University

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

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

³ Lecturer, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science

ความมั่นคงในการประกอบอาชีพภายหลังสำเร็จการศึกษา 5) การได้รับการยอมรับจากสังคม และ 6) การเป็นความภาคภูมิใจ และได้รับกำลังใจจากครอบครัว

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยยึดนักศึกษาพยาบาลเป็นศูนย์กลาง เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและความสุขในการเรียนให้แก่นักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: ความสุข ความสุขในการเรียน การรับรู้ นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This explanatory sequential mixed methods design aimed to study the level of happiness in studying and the elements of happiness in studying as perceived by nursing students. The participants consisted of 2nd-year nursing students studying at Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University in an academic year of 2018, who were arranged for quantitative research ($n = 100$) and qualitative research ($n = 12$). The research instruments were composed of the two-part happiness in studying measurement form, including the general data and the happiness in studying with the reliability of .80, and the focus group interview guide. Data were collected from March to June, 2019 and were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results revealed that the nursing students had the overall mean score of happiness in studying at a high level ($M = 3.88$, $SD = .32$). The elements of happiness in studying as perceived by nursing students consisted of 6 issues, including 1) having the ability to study, 2) being in an environment conducive for learning, 3) having the ability to take care of the family, 4) having a steady profession after graduation, 5) being accepted by society, and 6) being proud and getting support from family.

This research suggests that nurse instructors should develop student-centered teaching methods in order to enhance better nursing skills and happiness in studying among nursing students.

Keywords: Happiness, Happiness in studying, Perception, Nursing student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากบริบทการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่เป็นเอกลักษณ์และแตกต่างจากศาสตร์การศึกษาอื่น นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องเรียนภาคทฤษฎีและต้องนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปบูรณาการสู่การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง (อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ, วิชาพร วรหาญ, และวิพร เสนารักษ์, 2554) โดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่ต้องเรียนในชั้นเรียนและฝึกภาคปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงเป็นครั้งแรก นอกจากนี้ระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลจะมีโอกาสเผชิญกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคย ทั้งเพื่อน นักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพ และพยาบาลวิชาชีพประจำแหล่งฝึก รวมถึงการอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือบริบทของสถานการณ์ที่แตกต่าง (พิไลพร สุขเจริญ และรภัทพร เพชรสุข, 2559) นักศึกษาพยาบาลที่ไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจึงอาจเกิดความรู้สึกที่ผิดปกติ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล (Mark, Horton, Toliver, & Platt, 2015) รวมถึงการมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการฝึกภาคปฏิบัติ การขาดความสุขในการเรียน (ณภัทรรัตน์ ขาวสะอาด, มณี อากานันท์กุล, และพรธมนวี พุฒวัฒน์, 2556; ออมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และคณะ, 2554) ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล ในทางตรงกันข้าม หากนักศึกษาพยาบาลเกิดความพึงพอใจในการเรียน และเกิดความสุขที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ อยู่เสมอ จะส่งผลต่อความพร้อมที่จะเรียนรู้ เกิดความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมต่างๆ ในแหล่งฝึก เกิดทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ (Doyle et al., 2017) และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Jun, 2016; Papastavrou, Dimitriadou, Tsangari, & Andreou, 2016)

จากช่วงวัยและการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มที่ชอบการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ๆ และท้าทาย (ชนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, และนฤมล จันทร์เกษม, 2560) แต่นักศึกษาพยาบาลต้องกลายเป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบสูงในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย หากนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถปรับบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองได้อาจนำไปสู่การขาดความสุขในการเรียน และลาออกกลางคันในระหว่างการศึกษา (อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และคณะ, 2554) ทั้งนี้ ความพึงพอใจในการเรียนและมีความสุขในการเรียนเป็นความรู้สึกด้านบวกที่มีผลต่อความสุขของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นอาจารย์พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาพยาบาลจึงควรเข้าใจปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างความสุขในการเรียนให้แก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การเรียนรู้ภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เกิดความรู้สึกด้านบวกต่อการเรียน และเกิดการเรียนรู้ด้วยความสุข (Chimanlal, 2015; Doyle et al., 2017)

นอกจากนี้ยังพบข้อมูลว่า บิดามารดาหรือผู้ปกครองล้วนมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความสุขในการเรียนให้แก่ศึกษาพยาบาลด้วยเช่นกัน (รวีวรรณ คำเงิน และรุ่งนภา จันทร์, 2553) โดยหากครอบครัวมีการพูดคุย และมีพฤติกรรมแสดงออกที่เป็นการให้กำลังใจแก่นักศึกษาพยาบาล จะทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการเรียนเพิ่มขึ้น เกิดความสุขในการเรียน และเชื่อมโยงไปสู่การมีพฤติกรรมเรียนที่ดีขึ้น (ปัทมา ทองสม, 2554) การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่

มีประสิทธิภาพ และการได้รับกำลังใจจากครอบครัว จึงเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสุขในการเรียนได้

ความสุขเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตของผู้เรียน ผู้เรียนที่มีความสุขจะมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เกิดจิตใจที่ดีงาม และเกิดแนวทางในการพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อค้นพบที่ว่า ปัจจัยที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสุขในการเรียนประกอบด้วย ลักษณะอาจารย์ ลักษณะการเรียนการสอน ลักษณะนักศึกษา ลักษณะบิดามารดา รวมถึงความพึงพอใจในการเรียน และทัศนคติต่อวิชาชีพ (รวีวรรณ คำเงิน และรุ่งนภา จันทรา, 2553; อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และคณะ, 2554; Aranda, Extremera, & Galan, 2014; Doyle et al., 2017) อาจารย์พยาบาลจึงควรมีแนวทางที่จะเสริมสร้างให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสุขในการเรียน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความสุขในการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และสามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างมีความสุข อย่างไรก็ตามเมื่อทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสุขในการเรียน พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่มุ่งเน้นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของนักศึกษาพยาบาลเป็นหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านอาจารย์ ด้านวิธีการเรียนการสอน และด้านความพึงพอใจในการเรียน (รวีวรรณ คำเงิน และรุ่งนภา จันทรา, 2553; อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และคณะ, 2554; Aranda et al., 2014) และไม่พบการศึกษาในเรื่องระดับความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล รวมถึงข้อค้นพบที่ผ่านมายังขาดความลุ่มลึกเกี่ยวกับข้อมูลเชิงคุณภาพในด้านการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อองค์ประกอบด้านความสุขในการเรียนว่าประกอบด้วยองค์ประกอบใดบ้าง

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาเรื่องความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาระดับความสุขในการเรียนด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ และการศึกษาองค์ประกอบด้านความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับองค์ประกอบด้านความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับอาจารย์พยาบาลในการพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาลให้แก่นักศึกษา และทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาองค์ประกอบด้านความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสุขในการเรียน และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียน ซึ่งประกอบด้วย ทัศนคติต่อการเรียน ความพึงพอใจในการเรียน ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเรียน ได้แก่ ลักษณะการจัดการเรียนการสอน อาจารย์ และครอบครัว (ชนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2560; ปัทมา ทองสม, 2554; Mark et al., 2015; Sharif & Masoumi, 2005) โดยนักศึกษาพยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเรียน และได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว จะเกิดความสุขต่อการเรียน ต่ออาจารย์ผู้สอน และต่อลักษณะการเรียน

การสอนที่ได้รับ ซึ่งจะนำไปสู่การมีความสุขในการเรียนอย่างแท้จริง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานชนิดเชิงปริมาณนำเชิงคุณภาพ (explanatory sequential mixed methods design) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาระดับความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จำนวน 100 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผ่านการเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบวัดความสุขในการเรียน คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับความสุขในการเรียนของปัทมา ทองสม (2554) ของธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ (2560) ของ Sharif and Masoumi (2005) และของ Mark et al. (2015) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ เกรดเฉลี่ยสะสม และโรคประจำตัว จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความสุขในการเรียน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในการเรียน จำนวน 6 ข้อ ด้านทัศนคติที่ดีต่อการเรียน จำนวน 7 ข้อ และด้านความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมใน

การเรียน จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 23 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความสุขในระดับน้อยที่สุด (1-1.80 คะแนน) ในระดับน้อย (1.81-2.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) ในระดับมาก (3.41-4.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.21-5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คณะผู้วิจัยนำแบบวัดความสุขในการเรียนไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2561 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี (เอกสารรับรองเลขที่ เลขที่ SRU 2019_008 วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2562) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ใน

การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากคณะคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จากนั้นพบกลุ่ม ตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความสุขในการเรียน โดยใช้เวลา 15–20 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลความสุขในการเรียน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาองค์ประกอบด้าน ความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษา พยาบาล เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่มีคะแนนความสุข ในการเรียนต่ำสุด ตามลำดับ จำนวน 12 คน เนื่องจากเป็นกลุ่มนักศึกษาที่มีการรับรู้เกี่ยวกับ ความสุขในการเรียนที่ใกล้เคียงกัน โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม คณะผู้วิจัยสร้าง ขึ้น ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับความสุข ในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล และเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้นักศึกษา พยาบาลเกิดความสุขในการเรียน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นั้น คณะผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสนทนากลุ่มไป ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาล ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทำเช่นเดียวกับในขั้นตอนที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยพบผู้ให้ ข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และดำเนินการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลกับผู้ให้ ข้อมูลทั้งหมด (12 คน) จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้เวลา 50–60 นาที ซึ่งในขณะสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูล ทุกคนมีการตรวจสอบข้อมูลซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา ทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงและเชื่อถือได้ เมื่อข้อมูล อิ่มตัว คณะผู้วิจัยจึงหยุดกระบวนการสนทนากลุ่ม ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อมูลไฟล์เสียงจากการสนทนากลุ่มมาถอดเทป บันทึกข้อมูลเชิงบรรยาย และนำข้อมูลทั้งหมดมาใส่ลงในตารางที่แบ่งสัดส่วน การแสดงข้อมูลไว้ชัดเจนเพื่อสร้างรหัสการแสดงผล จากนั้นเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่มีรหัสเดียวกันมาวิเคราะห์ ตีความ และแปลความหมาย เพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับองค์ ประกอบด้านความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของ นักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนา กลุ่มเป็นข้อมูลที่ผ่านการอภิปรายโต้ตอบกันของ กลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขในการเรียนโดยตรง ทำให้มั่นใจได้ในความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความหลากหลายของข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 100 มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 3.26–3.50 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33 และส่วนใหญ่ไม่มี โรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 98

2. ระดับความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนโดยรวมในระดับมาก ($M=3.88$, $SD=.32$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนทุกด้านในระดับมาก ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในการเรียน ($M=3.83$, $SD=.41$) ด้านทัศนคติที่ดีต่อการเรียน ($M=3.66$, $SD=.46$) และด้านความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในการเรียน ($M=4.04$, $SD=.37$)

3. องค์ประกอบด้านความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า องค์ประกอบด้านความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 6 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การมีความสามารถด้านการปรับตัวต่อการเรียน การที่นักศึกษาพยาบาลได้เข้ามาเรียนในสาขาพยาบาลศาสตร์ ทำให้จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตนเองด้านการเรียนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดีขึ้น ได้แก่ การสนใจใฝ่เรียนรู้ การมีความพยายามและกระตือรือร้นในการเรียน และการมีความมุ่งมั่นและตั้งใจในการอ่านหนังสือเพื่อทบทวนบทเรียน เมื่อมีการปรับเปลี่ยนตนเองด้านการเรียนอย่างต่อเนื่อง ผลที่ตามมา คือ การมีความรู้สึกภูมิใจและสุขใจในพฤติกรรมกรรมการเรียนของตน และเกิดความสุขในการเรียนตามมา ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เรามีความภูมิใจ และรู้สึกสุขใจในความพยายามของตนเอง เราก็ตั้งใจเรียนมาเรื่อยๆ ต้องทำตัวให้ขยันกว่านี้ พยายามอ่านหนังสือมากขึ้น เรายุ้สึกว่าตนเองมีความพยายามที่สามารถผลักดันตนเองมาถึงจุดที่ตนเองสามารถทำได้” (ID4)

“เราก็จะเป็นคนมีความคาดหวังนะ อย่างเวลาที่เราสอบแต่ละครั้ง เราก็อพยายามบอกตัวเองว่าความรู้เรายังน้อย เราก็อพยายามอ่านหนังสือให้มากขึ้น และจำได้มากขึ้น มันคือความสุขอีกอย่าง

หนึ่งของเรา” (ID7)

“เกี่ยวกับการเรียนที่เราสามารถดึงตัวเองกลับมาได้ ปีหนึ่งเราสอบผ่านตลอด ปีสองเราเริ่มตกบ้างแต่ก็มาถึงจุดนี้ได้ มันมีความภูมิใจและสุขใจมาก ๆ” (ID10)

ประเด็นที่ 2 การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เมื่อนักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกภาคปฏิบัติและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในสถานการณืจริง หากได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีการช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่นักศึกษา และมีความเป็นมิตรต่อนักศึกษา ได้แก่ อาจารย์นิเทศพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ในแหล่งฝึก ผู้ป่วยและญาติ ผลที่ตามมา คือ การมีความรู้สึกสุขใจและมั่นใจที่จะเข้าไปให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย และสามารถให้การพยาบาลอย่างมีความสุข ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“พอเราไปฝึกปฏิบัติ คือมันดีมาก อาจารย์ใจดี ที่พยาบาลใจดี จะทำอะไรที่เขาจับมือทำตลอด นั่นก็เป็นความสุขของเราเลยที่ได้ไปเจอสถานการณ์ที่ดีแบบนั้น เจอคนใช้เวลาเขาได้ออกจากรพ. เขาจะขอบคุณเรา มันรู้สึกซึ่งใจ เราสามารถช่วยเหลือเขาได้” (ID5)

“เพื่อนคณะอื่นเคยถามว่า มีด้วยหรือที่อาจารย์มาคลุกคลีกับนักศึกษาแบบนี้ เราก็เลยว่ามีรู้คณะอื่นเป็นไง แต่คณะเราอยู่แบบอาจารย์กับนักศึกษาสนิทกัน จะช่วยเหลือกันตลอด” (ID7)

“คือถ้าหากว่าที่พยาบาลในเวิร์ดใจดี พวกเราก็จะไม่เกร็ง พวกเราก็จะกล้าที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และคิดว่าน่าจะทำให้เราฝึกปฏิบัติได้อย่างมีความสุข” (ID9)

ประเด็นที่ 3 การมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือครอบครัว เมื่อนักศึกษาพยาบาลได้เข้ามาเรียนในสาขาพยาบาลศาสตร์ ทำให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาล และสามารถนำความรู้ที่

ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลครอบครัวและญาติได้ โดยเมื่อพบสถานการณ์ที่ครอบครัวหรือญาติมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น นักศึกษาพยาบาลสามารถให้การดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลตนเอง ตลอดจนการให้การพยาบาลต่าง ๆ ได้ ผลที่ตามมา คือ การมีความรู้สึกภูมิใจในตนเอง และสุขใจที่สามารถนำความรู้ที่มีมาดูแลครอบครัว ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“แม่บอกเมื่อ มีไข้ เราก็เลยบอกว่าเป็นไข้หวัดใหญ่หรือเปล่า แม่ไปหาหมอแล้วหมอก็บอกว่าเป็นจริง ๆ ด้วย แสดงว่าสิ่งที่เราเรียนมาได้เอาไว้ใช้กับใครแต่ใช้กับการดูแลครอบครัว แล้วเราก็ก็นำไปใช้กับคนอื่นได้ด้วย เราได้ใช้กับครอบครัวของเราเอง สามารถนำความรู้มาเตือน มาช่วยเหลือคนที่บ้านได้” (ID1)

“ตอนนั้นยายไม่สบายแล้วใส่สายน้ำเกลือกลับมา เรากลับมาพอดี เราก็เลยถอดสายนั้นให้ยาย ยายบอกเราว่ารู้สึกภูมิใจจังเลยที่หลานทำให้ เราดีใจมาก แม้ว่าเราไม่ได้ไปช่วยคนที่บ้าน แต่เรียนมาแล้วเราให้คำแนะนำแล้วช่วยเขาได้ มันดีใจ” (ID3)

“พอกลับไปช่วงนั้นยายเป็นลมแล้วก็ท้องเสีย แต่ที่บ้านไม่มีคนดูแล ช่วงนั้นเราได้กลับไปดูแลยายตลอดทั้งวัน ยายก็พูดว่าดีนะมีหลานเรียนพยาบาลจะได้ช่วยดูแล เราก็ดีใจนะที่ได้ดูแลคนในครอบครัว ความคิดเราเปลี่ยนมันทำให้เราโตเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น คิดอะไรเป็นระบบมากขึ้น” (ID10)

ประเด็นที่ 4 การมีความมั่นคงในการประกอบอาชีพภายหลังสำเร็จการศึกษา ภายหลังจากที่นักศึกษาพยาบาลสำเร็จการศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์จะมีบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือประชาชนในสังคม และสามารถประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ทันที วิชาชีพพยาบาลจึงเป็นวิชาชีพที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีอนาคตที่มั่นคง ไม่ตกงาน และสามารถทำงานเพื่อ

เลี้ยงตนเองได้ ผลที่ตามมา คือ การมีความรู้สึกภูมิใจและสุขใจที่ได้เข้ามาเรียนในสาขาพยาบาลศาสตร์ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เราก็คิดว่าที่เราเรียนพยาบาลถึงมันจะไม่ใช่ความสุขของเราซะทีเดียว แต่มันทำให้อนาคตเราดีขึ้น ได้เลี้ยงตัวเองได้ นี่ก็เป้าหมายและข้อดีของพยาบาล” (ID7)

“แต่ความหวังของแม่คือ ทำยังไงก็ได้ให้เรามีอนาคตที่มั่นคง ไม่ต้องเก่ง ไม่ต้องเลิศเลอ แต่พอเมื่อจบแล้วเราสามารถทำงานเลี้ยงตนเองได้ คือแม่บอกว่า ไม่ต้องมาเลี้ยงดูแม่ แต่ว่าสามารถเลี้ยงดูตนเองได้เวลาที่แม่ไม่อยู่” (ID8)

“แม่บอกเราว่า อาชีพนี้จะทำให้เราสบายกับตัวเราเองในอนาคต แม่เคยขอให้เรียนพยาบาลให้แม่สักตั้งแล้วถ้าปีนึงไม่ไหวก็ค่อยออก ก็ปีหนึ่งเรียนผ่านบ้างตกบ้าง แต่พอเรียนไปเราวามันดีนะมันไม่ตกงานแน่นอน” (ID10)

ประเด็นที่ 5 การได้รับการยอมรับจากสังคม เมื่อนักศึกษาพยาบาลได้เข้าไปดูแลช่วยเหลือและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในสถานการณ์จริง นักศึกษาพยาบาลจะมีการปรับตัวและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย โดยภายหลังการดูแลพบว่า ผู้ป่วยให้ความเป็นมิตรให้กำลังใจ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับนักศึกษาพยาบาล ผลที่ตามมา คือ การมีความรู้สึกสุขใจและอึดเอมใจที่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและต้องการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เหมือนเราได้เจอผู้ป่วยที่ดีซึ่งเป็นเคสแรก ตอนแรกเราไปคุยแล้วคนไข้ไม่ตอบเรา แต่พอเราไปทุกวัน คุยกับเขาทุกวัน เขาดีมาก ถามตลอดว่าเรากินข้าวยัง พอบอกว่ากินแล้ว คนไข้ยิ้มกับเรา ทำให้เรามีความสุข และอยากที่จะดูแลเขา” (ID3)

“คือเหมือนสัปดาห์แรกที่ไปขึ้นฝึก ได้ทำ
แปล แต่เรามีเทคนิคอะไรผิติดหนึ่ง แต่เราก็ได้แก้ไข
พอหลัง ๆ เริ่มปรับตัวได้ คนใช้ชมแล้วก็ให้กำลังใจ
เรา ทำให้เรามีความสุข มีความสุขที่ได้ขึ้นวอร์ด
มีความสุขที่คนใช้ชมเราว่าทำแปลมีอเบา” (ID4)

ประเด็นที่ 6 การเป็นความภาคภูมิใจ และ
ได้รับกำลังใจจากครอบครัว การที่นักศึกษาพยาบาล
ได้เข้ามาศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์ และได้เป็น
ส่วนหนึ่งของวิชาชีพพยาบาล ส่งผลโดยตรงต่อ
ครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล โดยบางครอบครัว
พ่อและแม่ของนักศึกษาพยาบาลจะแสดงออก
ด้านคำพูดว่ารู้สึกดีใจและภาคภูมิใจที่บุตรได้เป็น
นักศึกษาพยาบาล และจะได้เป็นพยาบาลวิชาชีพ
ในอนาคต ในขณะที่บางครอบครัวอาจไม่ได้แสดง
ออกด้านคำพูด แต่จะแสดงออกทางสีหน้าและ
แววตาแทน การเป็นนักศึกษาพยาบาลจึงมีส่วน
ทำให้ครอบครัวเกิดความภาคภูมิใจในตัวตนของ
นักศึกษาพยาบาล ผลที่ตามมา คือ การมีความภูมิใจ
อิมเมมใจ และสุขใจที่ได้เรียนสาขาพยาบาลศาสตร์
ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้

“พ่อเขาก็ไม่พูดอะไร แต่เรารู้ได้ว่าเขา
ดีใจมาก อย่างตอนรับหมวก เขาก็ไปบอกพ่อว่า
เหลืออีกสองปีให้รอเราหน่อย พ่อก็น้ำตาคลอแต่
ไม่ได้ร้องให้ให้เราเห็นนะ แต่เขาไปพูดกับแม่ว่า
โคตรดีใจ ดีใจมากที่ลูกทำได้” (ID3)

“เราเห็นเพื่อนหลายคนตั้งใจอ่านหนังสือ
มากขึ้น เขาก็เลยมาเปลี่ยนตนเองให้ตั้งใจขึ้น อ่าน
หนังสือมากขึ้น คือเราคิดว่าเราจะทำให้พ่อแม่ภูมิใจ
คือ ตัวพ่อแม่จบแค่ประถม แต่สามารถส่งลูกเรียนจน
จบปริญญาได้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในอนาคต
แล้วก็สามารถช่วยเหลือพ่อแม่ได้ด้วย คือทำยังไง
ก็ได้ให้เราเรียนจบให้ครอบครัวเราภูมิใจ” (ID4)

อย่างไรก็ตาม การที่นักศึกษาพยาบาลต้อง
เรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และต้องผ่าน

การเรียนรู้และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
ในสถานการณ์จริง นักศึกษาพยาบาลได้ให้ข้อมูล
เพิ่มเติมว่า จากบริบทข้างต้นอาจทำให้นักศึกษา
พยาบาลเกิดความรู้สึกที่ผิดปกติ ได้แก่ การมี
ความกลัวต่อการเรียนรู้ที่จะให้การพยาบาลแก่
ผู้ป่วยในคลินิก การมีความวิตกกังวลต่อการปรับตัว
ให้เข้ากับบริบทของหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ
และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย แต่หากนักศึกษาพยาบาล
ได้รับกำลังใจที่ดีโดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัว
ได้แก่ พ่อและแม่ ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญ จะทำให้เกิด
ความรู้สึกตื่นตันใจที่ครอบครัวเข้าใจและยอมรับใน
การเรียนรู้ของตน และทำให้เกิดความสุขในการเรียน
ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้

“การที่พ่อแม่ไม่ได้คาดหวังว่าเราต้องเรียน
เก่ง พ่อแม่ไม่เคยบังคับว่าได้เกรดเท่านี้ ต้องแบบนี้
พ่อกับแม่จะบอกว่าไม่ต้องเครียด ไม่ต้องมาเครียด
ว่าต้องได้เกรดเท่านี้ ทำให้เรามีกำลังใจ ทำให้เรา
สามารถปรับตัวได้” (ID2)

“พ่อไม่ต้องพูดอะไร พ่อเพียงแค่ว่าให้
ใจสู้ แค่นี้เราเองก็โอเคละ เขาก็เลยได้ไปต่ออะ ถึงจะ
ฝึกครั้งแรกแล้วจะหนัก แต่พอที่บ้านให้กำลังใจเรา
เขาก็ไปต่อได้ คือเรารู้สึกว่าเราอดไม่ได้ เราต้องเดิน
หน้าอย่างเดี๋ยวเท่านั้น” (ID6)

“ครอบครัวเราคืออย่างที่เขาไม่เคย
กดดันเราเลยตั้งแต่เราเรียนมา เราเลยไม่ค่อยเครียด
กับการเรียนเลย ไม่ว่าจะสอบตกหรือสอบผ่านแบบ
นี้นะคะ มันคือกำลังใจที่ดีของเราะ มันทำให้เรามี
ความสุขที่ไม่โดนกดดัน” (ID12)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย
ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนน
เฉลี่ยความสุขในการเรียนโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้

อธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลล้วนมีความต้องการให้ตนเองเกิดความสุขทั้งด้านการเรียนและการใช้ชีวิต นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่จึงมีการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ตนเองเกิดความสุขในการเรียน ผลลัพธ์ที่ตามมา คือ นักศึกษาพยาบาลเกิดความพึงพอใจในการเรียน เกิดอารมณ์และการรับรู้ทางบวกต่อการเรียนและการใช้ชีวิต และมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเรียนสูงขึ้น (Sharif & Masoumi, 2005) ความสุขในการเรียนจึงเกี่ยวข้องโดยตรงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะกำลังใจและแรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว (ณัฏฐารัตน์ ชาวสะอาด และคณะ, 2556) หากนักศึกษาพยาบาลได้รับกำลังใจที่ดีจะมีกรมองโลกและมองผู้อื่นในแง่ดี (Sharif & Masoumi, 2005) เกิดความแข็งแกร่งในการใช้ชีวิต มีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งด้านการเรียนและการใช้ชีวิต และพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ อย่างมีความสุข (Doyle et al., 2017; Mark et al., 2015; Papastavrou et al., 2016) ในทางตรงกันข้าม หากนักศึกษาพยาบาลไม่ได้รับกำลังใจและขาดแรงสนับสนุนที่ดี จะนำไปสู่การมีอารมณ์ด้านลบต่อการเรียน และขาดความสุขในการเรียน จึงอาจกล่าวได้ว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีอารมณ์ด้านบวกและได้รับกำลังใจที่ดี จะมีทัศนคติที่ดีต่อการเรียน เกิดความพึงพอใจในการเรียนรู้ และมีความสุขในการเรียนเพิ่มขึ้น (Chimanlal, 2015; Mark et al., 2015; Sharif & Masoumi, 2005)

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบด้านความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การมีความสามารถด้านการปรับตัวต่อการเรียน 2) การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ 3) การมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือครอบครัว 4) การมีความมั่นคง

ในการประกอบอาชีพภายหลังสำเร็จการศึกษา 5) การได้รับการยอมรับจากสังคม และ 6) การเป็นความภาคภูมิใจ และได้รับกำลังใจจากครอบครัว ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การที่นักศึกษาพยาบาลต้องมีการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย นักศึกษาพยาบาลจึงมักเกิดความเครียดด้านการเรียน เนื่องจากขาดความสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับบริบทการเรียนรู้ (Mark et al., 2015) และขาดความสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับที่ปัทมา ทองสม (2554) อธิบายว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้สึกลบต่อการเรียนพยาบาลและการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน จะเกิดความวิตกกังวล และไม่สามารถปรับตัวต่อการเรียนอย่างไรก็ตาม หากนักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจในการเรียนและมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ จะยอมรับสภาพการเรียนรู้ของตนเอง (ณัฏฐารัตน์ ชาวสะอาด และคณะ, 2556) มีการมองโลกในแง่ดี และเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจะปรึกษาบุคคลที่ไว้วางใจโดยเฉพาะเพื่อนนักศึกษาพยาบาลด้วยกัน (อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และคณะ, 2554) รวมถึงการปรึกษาอาจารย์พยาบาล ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการเรียนรู้ภาคปฏิบัติ (Chimanlal, 2015) เพื่อค้นพบวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความพร้อมต่อการปรับตัวในการแก้ปัญหาต่างๆ ซึ่งจะทำให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดความพึงพอใจในการเรียน และเกิดความสุขในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น

จากบริบทการศึกษาพยาบาลที่นักศึกษาพยาบาลมีหน้าที่ดูแลและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่จึงมีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในแต่ละโรค และมีความสามารถที่จะให้คำแนะนำและดูแลช่วยเหลือสมาชิกใน

ครอบครัวและญาติ ผลที่ตามมา คือ นักศึกษาพยาบาล เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และเกิดความสุขในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์เพิ่มขึ้น (ฉกัทรรัตน์ ชาวสอาด และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของรวีวรรณ คำเงิน และรุ่งนภา จันทรา (2553) ที่พบว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยภายนอกและมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล หากนักศึกษาพยาบาลรับรู้ความสำคัญของการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ที่ว่า สามารถนำความรู้ไปใช้ดูแลครอบครัวได้ จะทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการรับรู้ด้านบวกต่อการเรียน เกิดทัศนคติที่ดีต่อการเรียน และเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ดีขึ้น (ฉกัทรรัตน์ ชาวสอาด และคณะ, 2556; ปัทมา ทองสม, 2554)

การที่วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญต่อสังคม เมื่อนักศึกษาพยาบาลสำเร็จการศึกษา นักศึกษาพยาบาลทุกคนจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ และประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเอง และครอบครัวได้ทันที นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่จึงรับรู้ว่าการมีความมั่นคงในการประกอบอาชีพถือเป็นส่วนหนึ่งของแรงจูงใจในการเรียน ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความสุขในการเรียน และมีพฤติกรรมการเรียนที่ดีขึ้น รวมถึงในกรณีที่นักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกภาคปฏิบัติและให้การดูแลผู้ป่วย หากบุคลากรทีมสุขภาพ และผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับในตัวตนและความสามารถของนักศึกษาพยาบาล จะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจในตนเอง และเกิดความพร้อมที่จะเรียนรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนุสรา นามเดช (2549) ที่พบว่า การได้บรรลุถึงเป้าหมายและการได้รับการตอบสนองด้านปัจจัยในการดำรงชีวิต ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของฉกัทรรัตน์ ชาวสอาด และคณะ (2556) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัว ค่าใช้จ่ายของนักศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม

มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sharif and Masoumi (2005) ที่พบว่า บทบาทของวิชาชีพมีผลต่อประสบการณ์ด้านการเรียน ความมั่นใจในตนเอง ความพึงพอใจในการเรียน และความสุขในการใช้ชีวิต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jun (2016) ที่พบว่า การได้รับคำขอบคุณ และการได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสุขในการเรียนได้ ความคาดหวังหรือความมุ่งหมายต่อวิชาชีพพยาบาล และความต้องการยอมรับจากสังคม จะนำไปสู่พฤติกรรมการเรียนรู้ที่ดีขึ้น และเกิดความสุขในการเรียน (Aranda et al., 2014)

การที่วิชาชีพพยาบาลมีอิทธิพลต่อการรับรู้และความเชื่อของครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเป็นนักศึกษาพยาบาลมีส่วนทำให้ครอบครัวเกิดความภาคภูมิใจในตัวนักศึกษาพยาบาล ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการเรียน นอกจากนี้ แม้ว่าการฝึกภาคปฏิบัติจะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลบางคนเกิดความรู้สึกที่ผิดปกติดต่อการเรียน เช่น เกิดความกลัวต่อการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่รับรู้ว่าการกำลังใจที่ดีจากบุคคลในครอบครัวจะทำให้เกิดกำลังใจในการเรียน เกิดแรงจูงใจในการเรียน และไม่ย่อท้อต่อปัญหาหรืออุปสรรค สอดคล้องกับการศึกษาของฉกัทรรัตน์ ชาวสอาด และคณะ (2556) ที่พบว่า ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ และทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข หากครอบครัวเอาใจใส่ดูแล ให้กำลังใจ และเข้าใจในตัวผู้เรียน จะทำให้ผู้เรียนมีสมาธิ ไม่เครียด และสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีความสุข และสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ทองสม (2554) ที่พบว่า ความรู้สึกที่ดีต่อตนเองของผู้เรียนจะทำให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจในตนเอง เกิดทัศนคติ

ที่ดีต่อการเรียนและวิชาชีพ และเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
อาจารย์พยาบาลควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติโดยยึดนักศึกษาพยาบาลเป็นศูนย์กลาง เพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เกิดความพึงพอใจในการเรียน และเกิดความสุขในการเรียน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
ควรมีการศึกษาโดยพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความสุขในการเรียนให้แก่ นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเรียนภาคปฏิบัติ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเรียน และมีความสุขในการเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ปี 2562

เอกสารอ้างอิง

ณภัทรรัตน์ ขาวสอาด, มณี อากานันท์กุล, และ พรรณวดี พุฒวัฒนะ. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1), 19-33.

ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, และนฤมล จันทร์เกษม. (2560). ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(1), 357-369.

นุสรนา นามเดช. (2549). *ความสุขของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.

ปัทมา ทองสม. (2554). การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 88-96.

พิไลพร สุขเจริญ, และรภัทร เพชรสุข. (2559). แนวทางการส่งเสริมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร*, 32(3), 62-73.

รวีวรรณ คำเงิน, และรุ่งนภา จันทร์ทา. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี.

อมรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, วิภาพร วรหาญ, และวิพร เสนารักษ์. (2554). ความสุขของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 70-79.

Aranda, R., Extremera, N., & Galan, P. (2014). Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student health professionals: The mediating effect of perceived stress. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(2), 106-113. doi:10.1111/jpm.12052

- Chimanlal, H. P. (2015). A comparative study of 'happiness index' in medical and paramedical students. *International Archives of Integrated Medicine*, 2(6), 91-97.
- Doyle, K., Sainsbury, K., Cleary, S., Parkinson, L., Vindigni, D., McGrath, I., & Cruickshank, M. (2017). Happy to help/happy to be here: Identifying components of successful clinical placements for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 49, 27-32. doi:10.1016/j.nedt.2016.11.001
- Jun, W. (2016). Factor affecting happiness among nursing students in South Korea. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), 419-426. doi:10.1111/jpm.12330
- Mark, C., Horton, R., Toliver, T., & Platt, M. (2015). Attrition of medical students and nursing students with anxiety and depression: A systematic review. *Annals of Behavioral Science and Medical Education*, 21(1), 30-37. doi:10.1007/BF03355306
- Papastavrou, E., Dimitriadou, M., Tsangari, H., & Andreou, C. (2016). Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: A research study. *BMC Nursing*, 15(1), 1-10. doi:10.1186/s12912-016-0164-4
- Sharif, F., & Masoumi, S. (2005). A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing*, 4(6), 1-7. doi:10.1186/1472-6955-4-6
-

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคเต้าต่อชิ้นซีต่อภาวะอ้วนลงพุง ของพนักงานสถานประกอบการขนาดใหญ่เขตพื้นที่ภาคตะวันออก* Effects of Health Behavior Modification Program with DaoDe XinXi Technique on Abdominal Obesity of Employees in the Large-sized Manufactories in the Eastern Region*

ทิพรดา ประสิทธิ์แพทย, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Thiprada Prasittipath, Dr.P.H. (Public Health)¹

กุลลาบ รุตนาสัจจรม, ส.ด. (การบริหารงานสาธารณสุข)²

อนามัย เทศกะทีก, ป.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)³

Koolarb Rudtanasudjaturn, Dr.P.H. (Health Administration)²

Anamai Thetkhathuek, Ph.D. (Tropical Medicine)³

ชิงชัย เมธพัฒน์, ป.ด. (สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาทางการแพทย์)⁴

Chingchai Methaphat, Ph.D. (Medical Sociocultural Anthropology)⁴

Received: December 5, 2020 Revised: December 13, 2020 Accepted: December 14, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคเต้าต่อชิ้นซีต่อภาวะอ้วนลงพุงของพนักงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานสถาน

* ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ A Part of the Doctoral Dissertation of Public Health Program in Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University

¹ ดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Doctor, Program in Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University

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

^{2,3} รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

^{2,3} Associate Professor, Faculty of Public Health, Burapha University: Major Advisor

⁴ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

⁴ Lecturer, Faculty of Public Health, Burapha University: Co-advisor

ประกอบการขนาดใหญ่เขตพื้นที่ภาคตะวันออก จำนวน 62 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .93 เครื่องมือตรวจวัดร่างกาย และเครื่องวิเคราะห์ห้องค์ประกอบในร่างกาย ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเวร ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่มีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเวร ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารสถานประกอบการควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคเต้าเต๋อซันซีไปใช้กับพนักงานสถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พนักงานมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะอ้วนลงพุง พนักงาน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine effects of health behavior modification program with DaoDe XinXi Technique on abdominal obesity of employees. The samples consisted of 62 employees in the large-sized manufactories in the eastern region who were equally divided into an experimental group ($n = 31$) and a control group ($n = 31$). The research instruments included the health behavior modification program with DaoDe XinXi Technique, the two-part health behavior questionnaire including demographic data and health behavior with the reliability of .93, the body-measurement devices, and the body-component analytic device. The implementation and data collection were conducted from January to February, 2018. Data were analyzed by 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 higher mean scores of overall and each aspect of health behaviors than those of before the experiment ($p < .001$), and had statistically significant lower mean waist circumference, body mass index, and body fat percentage than those of before the experiment ($p < .001$). Additionally, the experimental group had statistically significant higher mean scores of overall and each aspect of health behaviors than those of the control group ($p < .001$). However, there were no differences of mean waist circumference, body mass index, and body fat percentage between the experimental group and the control group.

This research suggests that manufacturing executives should continually implement this health behavior modification program with DaoDe XinXi Technique for employees in order to keep them in good health behaviors.

Keywords: Health behavior modification, Abdominal obesity, Employee

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และภาคตะวันออกจัดเป็นเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ เพื่อสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและส่งเสริมความสามารถในการแข่งขันในภาคอุตสาหกรรม หากพนักงานสถานประกอบการมีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจ ย่อมสร้างผลผลิตที่ดีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้น ผู้บริหารสถานประกอบการ จึงเล็งเห็นความสำคัญเรื่องสุขภาพของพนักงาน ความก้าวหน้าขององค์กร และสังคมโดยรวม จึงมีการพัฒนาด้านกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติด้านสุขภาพ และความปลอดภัยของประชากรวัยทำงาน (มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, 2547) แต่สถานการณ์การทำงานที่มีการแข่งขันสูง มีกฎระเบียบที่เข้มงวด ปริมาณงานที่มากเกินไป และความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างบุคคล ในองค์กร ทำให้พนักงานเกิดความเครียด (วชิระ เพ็ชรธรรม และกลางเดือน โพชนา, 2549) และมี

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง (abdominal obesity) ตามมา (บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช, 2556)

ภาวะอ้วนลงพุงเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของระบบการเผาผลาญหรือการใช้พลังงานไม่สมดุล กรดไขมันที่ร่างกายใช้ไม่หมดจะคงไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือดก่อนถูกนำไปสะสมไว้ที่ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณช่องท้อง ทำให้รอบเอวมีขนาดใหญ่ขึ้นจนเกินเกณฑ์ (อาภรณ์ ดินาน และจริยา ทรัพย์เรือง, 2559) ซึ่งเส้นรอบเอวที่เกินเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม.² และมีความสัมพันธ์กับโรคและความผิดปกติต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2554) ระดับคอเลสเตอรอลและระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (ศกถาวรณ แก้วกลิ่น และสมคิด ปราบภัย, 2559)

ภาวะอ้วนลงพุงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งในทศวรรษที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด คิดเป็นราว 320,000 คน/ปี เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2555 กับปี พ.ศ. 2558 พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรก คือ โรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จาก 33.40 ต่อแสนประชากร เป็น 40.90 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด จาก 22.40 ต่อแสนประชากร เป็น 27.80 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน จาก 13.20 ต่อแสนประชากร เป็น 17.80 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง จาก 3.80 ต่อแสนประชากร เป็น 4.50 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) โดยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย รวมถึงวัยแรงงาน ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าของประเทศ

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงของพนักงานสถานประกอบการขนาดใหญ่เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ต้องใช้เวลามากในการเดินทาง ใช้เวลาส่วนใหญ่ในสถานที่ทำงาน คือ 10-12 ชั่วโมง/วัน ทำให้ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมทางกาย ประกอบกับการใช้สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ลิฟต์ (มงคล การุณงามพรรณ, สุดารัตน์ สุวาริ, และนันทนา น้ำฝน, 2555) และความเครียด ทำให้พนักงานมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง เช่น รับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ, 2554) จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่ พบความชุกของภาวะอ้วนลงพุง โดยการวัดเส้นรอบเอว พบว่ามีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ ร้อยละ 34.80

และมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 58.80 (มงคล การุณงามพรรณ และคณะ, 2555)

การแก้ปัญหาภาวะอ้วนลงพุงของพนักงานสถานประกอบการสามารถทำได้หลายประการ เช่น การใช้หลัก 3 อ 2 ส อย่างไรก็ตาม การแก้ปัญหาภาวะอ้วนลงพุงไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากการทำกิจกรรมทางกายไม่เหมาะสม เช่น พนักงานมีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอและไม่นานมากพอ (มงคล การุณงามพรรณ และคณะ, 2555) ปัญหาพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ เช่น การรับประทานอาหารจานด่วนเป็นประจำ ทำให้ไม่สามารถควบคุมปริมาณและคุณภาพอาหารได้ เช่น อาหารมีปริมาณไขมันสูง และไม่สามารถควบคุมสัดส่วนอาหารที่เหมาะสมต่อการรับประทานในแต่ละมื้อ (ปานบดี เอกะจัมปะกะ และนิธิศ วัฒนมะโน, 2552) นอกจากนี้ พนักงานยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (มงคล การุณงามพรรณ และคณะ, 2555) และปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน เช่น ปริมาณงานที่มาก กฏระเบียบที่เข้มงวด (บุญญพัฒน์ ไชยเมตต์ และสมเกียรติยศ วรเดช, 2556) ส่งผลให้พนักงานมีความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง ดังนั้นจึงควรหาวิธีการจัดการความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุง (พัชรินทร์ ชนะพาห์ และพิศมัย กิจเกื้อกูล, 2556)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการแก้ปัญหาภาวะอ้วนลงพุงด้วยการใช้เทคนิค 3 อ 2 ส โดย อวรรรณ ประภาศิลป์, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธาระวนิช (2556) โดยจินตนา บัวทองจันทร์, อุบล สุทธิเนียม, และเสมอจันทร์ ธีระวัฒน์สกุล (2556) และโดยปภาสินี แซ่ตัว และนวรรตน์ ไวมงกุ (2560) รวมถึงพฤติกรรมการลด ละ เลิกสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี แต่มีความขัดแย้งกับผลการรายงาน

สถานการณ์ความทุกข์ของภาวะอ้วนลงพุงที่พบว่ายังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจำนวนผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังไม่ได้ลดลง (วิชัย เอกพลากร, 2557) จากการวิเคราะห์การใช้ทฤษฎีในการวิจัยเกี่ยวกับการลดภาวะอ้วนลงพุงที่ผ่านมา พบว่ามีการใช้ทฤษฎีความสามารถของ Bandura (ศุภชัย สามารถ และจุฬารัตน์ ไสตะ, 2559) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (อดิญาณ์ ศรีเกษตริน, รุ่งนภา จันทรา, รสดีกร ขวัญชุม, และลัดดา เรื่องด่าง, 2560) แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์, ลัดดา อัดโสภณ, และพิศาล ชุ่มชื่น, 2559) และทฤษฎีการมีส่วนร่วม (สุขสันต์ อินทวิเชียร, 2555) แต่ยังไม่พบการพัฒนาศักยภาพบุคคลด้านร่างกายและด้านจิตวิญญาณไปพร้อมกัน ซึ่งมีอยู่ในแนวคิดปรัชญาตะวันออก เช่น การใช้เทคนิคเต๋าเต๋อซันซี (DaoDe XinXi Technique) และที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นักศึกษานิสิตในบริบทชุมชนและโรงพยาบาล ส่วนการศึกษานิสิตประกอบการขนาดใหญ่ยังมีน้อย

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นของการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนลงพุงของพนักงานสถานประกอบการขนาดใหญ่ โดยประยุกต์ใช้เทคนิคเต๋าเต๋อซันซี บูรณาการกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กร และการมีส่วนร่วมทั้ง 3 ฝ่าย (ผู้บริหาร แกนนำ/พนักงาน และผู้วิจัย) ซึ่งจุดเด่นของเทคนิคเต๋าเต๋อซันซี คือ เป็นแนวคิดปรัชญาตะวันออกที่เน้นการใช้ชีวิตสมถะ เรียบง่าย ตามวิถีธรรมชาติ และพัฒนาศักยภาพด้านร่างกายและด้านจิตวิญญาณไปพร้อมกัน โดยกิจกรรมของเทคนิคเต๋าเต๋อซันซี ใช้จังหวะดนตรีที่นุ่มนวล ไพเราะ ทำให้จิตใจสงบ มีสมาธิ เนื้อหาของบทเพลงสื่อถึงคุณธรรม ช่วยสร้างจิตสำนึก ขัดเกลา ชำระล้างจิตวิญญาณ หากฝึกฝน

หลอมหล่อเป็นประจำจะสามารถปลูกจิตวิญญาณที่ดั่งงาม ปลูกศักยภาพแฝงที่มีอยู่ในตัวให้ตื่นขึ้น ทำให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง และมีสติติดตามความคิดและการกระทำ โดยมีความพร้อมสมบูรณ์ของความเชื่อเรื่องคุณงามความดีในทุกมิติของร่างกาย จิตใจ จิตปัญญา และสังคม ที่นำมาใช้โดยการประเมินควบคุม และกำกับพฤติกรรมสุขภาพได้ (กุหลาบรัตน์ สัจธรรม, 2559; จำเริญแก้ว, 2553) อันจะส่งผลไปสู่การประเมิน การควบคุม และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของพนักงาน เพื่อการมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

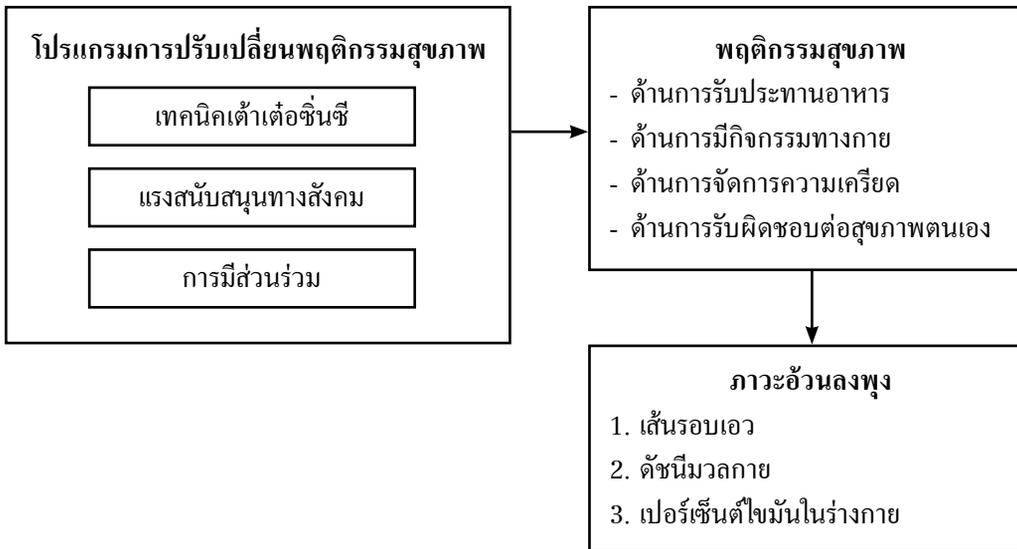
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย น้อยกว่าก่อนการทดลอง
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เทคนิค เต้าเต๋อซันซี บูรณาการกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการมีส่วนร่วม มาพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนลงพุงของพนักงานสถานประกอบการ สำหรับเทคนิคเต้าเต๋อซันซี จ้าวเมี่ยวกว่อ (2559) อธิบายว่า เป็นการพัฒนาศักยภาพด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณไปพร้อมกัน ด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การเดินรำเต้าเต๋อซันซี การรำมวยเต้าเต๋อซันซี โดยใช้ดนตรีที่ไพเราะ นุ่มนวล และบทเพลงที่สื่อถึงคุณธรรม ทำให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง สมบูรณ์ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพโดยกฎบัตรออตตาวา ปี ค.ศ. 1986 (WHO, 2009) มาสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของเทคนิค เต้าเต๋อซันซี ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมให้อื้ออำนวย

3) การสร้างเสริมกิจกรรมองค์กรให้เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับบริการสุขภาพโดยปรับมุมมองให้มองด้านสุขภาพ เป็นเชิงรุก สำหรับการมีส่วนร่วมนั้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดของคิงนิจ ศรีบัวเอี่ยม และคณะ (2545) ที่ว่าการมีส่วนร่วมเป็นการกระจายโอกาสเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร ประกอบด้วยการร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ตลอดจนการควบคุมและปรับแผนให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มุ่งหวังว่า พนักงานจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านการรับประทานอาหาร ด้านการมีกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดภาวะอ้วนลงพุงได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพนักงานสถานประกอบการขนาดใหญ่เขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีเส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร (เพศชาย) และมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร (เพศหญิง) 2) มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม.2 3) มีความพร้อมด้านเวลาที่จะเข้าร่วมการวิจัยครบขั้นตอน 4) ไม่เป็นโรครุมิแพ้ที่ต้องใช้ยากกลุ่มสเตียรอยด์เป็นประจำ 5) ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรง/การกำเริบของโรค เช่น โรคหัวใจ โรคไตที่ต้องได้รับการฟอกเลือด และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .88 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 29 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 58 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 31 คน รวมจำนวน 62 คน เลือกพื้นที่ศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากจากรายชื่อสถานประกอบการขนาดใหญ่เขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้สถานประกอบการในจังหวัดระยอง และสถานประกอบการในจังหวัดชลบุรี ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ได้พนักงานจากสถานประกอบการในจังหวัดระยองเป็นกลุ่ม

ทดลอง และพนักงานจากสถานประกอบการในจังหวัดชลบุรีเป็นกลุ่มควบคุม เลือกกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ตามเพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การพักผ่อน การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้เทคนิคเต้าเต๋อซันซี (จ้าวเมี่ยววอ, 2559) แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (WHO, 2009) และแนวคิดการมีส่วนร่วม (คณินิจ ศรีบัวเอี่ยม และคณะ, 2545) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เทคนิคเต้าเต๋อซันซี ประกอบด้วยกิจกรรมการเดินรำเต้าเต๋อซันซี การรำมวยเต้าเต๋อซันซี และกายบริหารเต้าเต๋อซันซี ตามลำดับ โดยใช้ดนตรีที่ไพเราะ นุ่มนวล และบทเพลงที่สื่อถึงคุณธรรม โดยการเดินรำเต้าเต๋อซันซี ใช้เวลา 30 นาที การรำมวยเต้าเต๋อซันซี ใช้เวลา 15 นาที และกายบริหารเต้าเต๋อซันซี ใช้เวลา 15 นาที รวมเวลา 1 ชั่วโมง ปฏิบัติทุกวัน เว้นวันเสาร์-อาทิตย์ เป็นเวลา 21 วัน

1.2 แรงสนับสนุนทางสังคม มุ่งเน้นแรงสนับสนุนจากองค์กร โดยผู้บริหารเปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้พนักงานได้เข้าร่วมกิจกรรมของเทคนิคเต้าเต๋อซันซี โดยประกาศนโยบายใช้เทคนิคเต้าเต๋อซันซีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กำหนดสถานที่สำหรับจัดกิจกรรม และเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เช่น จอฉายภาพ เครื่องขยายเสียง ไมโครโฟน วิดีโอการเดินรำ รำมวยกายบริหาร จัดอบรมเกี่ยวกับการใช้เทคนิคเต้าเต๋อซันซี ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนลงพุง เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ทุกขั้นตอนของการเข้าร่วมกิจกรรม และชี้แนะ และสนับสนุนให้พนักงานดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมวันละ 1 ชั่วโมง ทุกวัน เว้นวันเสาร์-อาทิตย์ เป็นเวลา 21 วัน

1.3 การมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้บริหาร จำนวน 3 คน และพนักงานผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพพนักงาน จำนวน 3 คน ในการดำเนินการต่างๆ เพื่อให้พนักงานได้เข้าร่วมกิจกรรมของเทคนิคเต้าเต๋อซันชีตามช่วงเวลาที่กำหนด จนครบตามขั้นตอน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การนอนหลับ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ และส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 7 ข้อ ด้านการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 8 ข้อ และด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 31 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 10 ระดับ จากคะแนน 0-9 จากไม่เคยเลย จนถึง ทุกครั้ง/เป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-279 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2.2 เครื่องมือตรวจวัดร่างกาย คือ สายวัดเส้นรอบเอว และเครื่องวัดส่วนสูง ผู้วิจัยใช้ยี่ห้อ Omron (USA) ซึ่งก่อนใช้ได้ปรับค่าให้มีความเที่ยงตามแนวทางของผู้ผลิตทุกครั้ง

2.3 เครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบในร่างกาย ผู้วิจัยใช้ยี่ห้อ TANITA รุ่น SC 330 เพื่อวิเคราะห์เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และคำนวณดัชนีมวลกาย ซึ่งเครื่องมีการปรับเทียบค่าโดยอัตโนมัติเมื่อเปิดใช้งาน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย ได้คำตัดสินความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .66-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพไปทดลองใช้กับพนักงานสถานประกอบการในจังหวัดระยอง (คนละแห่งกับพื้นที่ศึกษา) ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (เฉพาะส่วนที่ 2) ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 025/2560 วันที่ 18 กันยายน 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้จัดการสถานประกอบการทั้ง 2 แห่ง ชี้แจง

วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของสถานประกอบการแต่ละแห่ง แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้เวลาประมาณ 20 นาที และประเมินเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ก่อนการทดลอง (pre-test)

3. ผู้วิจัยแจกคัมภีร์เต้าเต๋อจิงฉบับย่อให้แก่กลุ่มทดลองทุกคน สำหรับให้อ่านมาล่วงหน้าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละวัน จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กลุ่มทดลอง โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมของเทคนิคเต้าเต๋อจิงซี เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ทุกวัน เว้นวันเสาร์-อาทิตย์ เป็นเวลา 21 วัน ซึ่งมีการจัดสรรเวลาไว้ 4 ช่วง ได้แก่ เวลา 12.30–13.30 น. เวลา 14.00–15.00 น. เวลา 15.00–16.00 น. และ เวลา 17.00–18.00 น. เพื่อให้กลุ่มทดลองแต่ละคนเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามความสะดวกจนครบตามที่กำหนด ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการตั้งประเด็นสำคัญจากคัมภีร์เต้าเต๋อจิงมาอธิบาย และกระตุ้นเตือน ตอกย้ำความคิดของกลุ่มทดลองอยู่เสมอระหว่างดำเนินการทดลอง เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งจะช่วยให้สามารถควบคุมกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ ส่วนกลุ่มควบคุมมีการทำงานและดำเนินชีวิตตามปกติ

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของสถานประกอบการแต่ละแห่งให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (เฉพาะส่วนที่ 2) โดยให้เวลาประมาณ 15 นาที และประเมินเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย หลังการทดลอง (post-test)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม

ข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลภาวะอ้วนลงพุง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.30 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 35–39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.80 เท่ากัน มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 45.20 และ 71.10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 74.20 และ 90.30 ตามลำดับ มีการนอนหลับ 6–8 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 48.40 และ 64.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 96.80 และ 90.30 ตามลำดับ และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 77.40 และ 41.90 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนลงพุงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 155.94 (*SD* = 31.53) และ 170.19 (*SD* = 31.09) ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 261.19 ($SD = 7.35$) และ 172.23 ($SD = 24.48$) ตามลำดับ ส่วนภาวะอ้วนลงพุง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวเท่ากับ 96.42 ($SD = 7.42$) และ 94.48 ($SD = 5.01$) ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 28.42 ($SD = 3.03$) และ 28.32 ($SD = 2.20$) ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายเท่ากับ 34.32 ($SD = 7.88$) และ 33.97 ($SD = 7.50$) ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวเท่ากับ 94 ($SD = 6.76$) และ 94.45 ($SD = 5.05$) ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 27.90 ($SD = 3.12$) และ 28.35

($SD = 2.27$) ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายเท่ากับ 33.16 ($SD = 7.87$) และ 33.87 ($SD = 7.45$) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ($n = 31$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมสุขภาพ						
ด้านการรับประทานอาหาร	33.58	8.45	58.13	2.78	16.544	< .001
ด้านการมีกิจกรรมทางกาย	33.77	14.70	69.77	1.65	13.676	< .001
ด้านการจัดการความเครียด	50.26	9.61	66.26	2.46	10.699	< .001
ด้านการรับผิดชอบต่อ	38.32	16.98	67.03	2.54	9.116	< .001
สุขภาพตนเอง						
โดยรวม	155.94	31.53	261.19	7.35	17.487	< .001
<hr/>						
เส้นรอบเอว	96.42	7.42	94.00	6.76	5.657	< .001
ดัชนีมวลกาย	28.42	3.03	27.90	3.12	3.946	< .001
เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย	34.32	7.88	33.16	7.87	8.801	< .001

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง และมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่มีคะแนน

เฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.888, p < .01$) และพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่มีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ด้านการรับประทานอาหาร								
กลุ่มทดลอง	33.58	8.45	1.251	.216	58.13	2.78	20.428	< .001
กลุ่มควบคุม	36.03	6.91			36.74	5.12		
ด้านการมีกิจกรรมทางกาย								
กลุ่มทดลอง	33.77	14.70	2.888	.005	69.77	1.65	11.307	< .001
กลุ่มควบคุม	45.00	15.89			44.97	12.10		
ด้านการจัดการความเครียด								
กลุ่มทดลอง	50.26	9.61	.583	.562	66.26	2.46	13.123	< .001
กลุ่มควบคุม	48.97	7.72			49.68	6.59		
ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง								
กลุ่มทดลอง	38.32	16.98	.478	.634	67.03	2.54	11.965	< .001
กลุ่มควบคุม	40.19	13.63			40.84	11.92		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	155.94	31.53	1.793	.078	261.19	7.35	19.377	< .001
กลุ่มควบคุม	170.19	31.09			172.23	24.48		
เส้นรอบเอว								
กลุ่มทดลอง	96.42	7.42	1.204	.234	94.00	6.76	.298	.767
กลุ่มควบคุม	94.48	5.01			94.45	5.05		
ดัชนีมวลกาย								
กลุ่มทดลอง	28.42	3.03	.144	.886	27.90	3.12	.651	.518
กลุ่มควบคุม	28.32	2.20			28.35	2.27		
เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย								
กลุ่มทดลอง	34.32	7.88	.182	.856	33.16	7.87	.365	.717
กลุ่มควบคุม	33.97	7.50			33.87	7.45		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นถูกพัฒนาขึ้นแบบมีส่วนร่วมทั้งผู้บริหาร พนักงาน และผู้วิจัยใน

ทุกขั้นตอน ซึ่งเริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การประเมินผลลัพธ์ การสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงการปรับแผนเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มทดลองมากขึ้น เมื่อกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม จะได้รับการพัฒนาศักยภาพให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับเทคนิคเต้าเต๋อซันซี และการลดภาวะอ้วนลงพุงด้วยเทคนิคเต้าเต๋อซันซี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้กิจกรรมการเดินรำเต้าซัน รำมวยเต้าซัน ภายบริหารเต้าซัน และการร่วมฝึกปฏิบัติ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพด้านร่างกายและด้านจิตวิญญาณไปพร้อมกัน (จำวเมี่ยวกว่อ, 2553) โดยผลของดนตรีที่มีจังหวะนุ่มนวล ไพเราะ และเนื้อหาของ

บทเพลงที่สื่อถึงคุณธรรม ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความสงบในจิตใจ เกิดสมาธิ สามารถรับสื่อคุณธรรมและเข้าถึงจิตใจ จิตวิญญาณได้ ทำให้เกิดการขัดเกลาชำระล้างจิตวิญญาณ เมื่อมีการเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งเป็นการฝึกฝนหลอมหล่อเป็นประจำ จะสามารถปลูกจิตวิญญาณที่ดั่งงาม ปลูกศรัทธาภาพแฝงซึ่งมีอยู่ในตัวให้ตื่นขึ้น ทำให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง สมบูรณ์ มีสติติดตามความคิดและการกระทำ (กุหลาบ รัตนสังฆธรรม, 2559) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีศรัทธาภาพ สามารถควบคุมและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการมีกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับมือตอบสนองต่อสุขภาพตนเอง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกบางตอนของคัมภีร์เต๋าเต๋อจิงมากระตุ้นเตือนและตอกย้ำความคิดของกลุ่มทดลองอยู่เสมอระหว่างดำเนินการทดลอง ซึ่งสามารถทำให้จิตใจและจิตวิญญาณเพิ่มความเข้มแข็งอยู่ตลอดเวลา และสามารถควบคุมกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้ ดังคัมภีร์เต๋าเต๋อจิงบทที่ 33 ตอนหนึ่งว่า “ขณะตนเองเป็นผู้เข้มแข็ง” อธิบายว่า ทุกคนต้องเข้มแข็ง อดทน เพื่อหลีกเลี่ยงและลดพฤติกรรมสุขภาพเดิม ๆ ที่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง หรือบทที่ 50 ตอนหนึ่งว่า “สามในสิบเดิมมีสุขภาพดีแต่กลับอายุสั้น เพราะเหตุใด เพราะเลี้ยงชีวิตเกินสมบูรณ์” อธิบายว่า การมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดแคลอรีที่เหลือใช้ เก็บสะสมในรูปของไขมัน ดังนั้น ก่อนรับประทานอาหาร ต้องมีการเลือกประเภทของอาหารและคำนวณแคลอรีให้เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน และต้องเสริมความแข็งแรงของร่างกายด้วยการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคเต๋าเต๋อจิง บูรณาการกับแรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้กิจกรรมการเดินรำเต๋าจิง รำมวยเต๋าจิง กายบริหารเต๋าจิง และการร่วมฝึกปฏิบัติ โดยเน้นการพัฒนาศรัทธาภาพด้านร่างกายและด้านจิตวิญญาณไปพร้อมกัน (จำ้วเมี่ยวกว่อ, 2553) เมื่อกลุ่มทดลองมีการเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งเป็นการฝึกฝนหลอมหล่อเป็นประจำ จะสามารถปลูกจิตวิญญาณที่ดั่งงาม ปลูกศรัทธาภาพแฝงซึ่งมีอยู่ในตัวให้ตื่นขึ้น ทำให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง สมบูรณ์ มีสติติดตามความคิดและการกระทำ (กุหลาบ รัตนสังฆธรรม, 2559) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีศรัทธาภาพ สามารถควบคุมและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพได้ อีกทั้งในการร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองยังมีการเตือนสติซึ่งกันและกันให้อยู่ร่วมกิจกรรมจนครบ ทำให้สามารถควบคุมและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุงได้ ซึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นสายสัมพันธ์อันยิ่งใหญ่ที่ทำให้เกิดเป็นพลังผลักดันให้ทุกคนบรรลุวัตถุประสงค์ของการลดภาวะอ้วนลงพุงได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมของเทคนิคเต๋าเต๋อจิงใช้เวลาน้อยเกินไป (วันละ 1 ชั่วโมง ทุกวัน เว้นวันเสาร์-อาทิตย์ เป็นเวลา 21 วัน) ซึ่งหากกลุ่มทดลองสามารถดำเนินกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคเต๋าเต๋อจิงได้อย่างต่อเนื่องต่อไป น่าจะทำให้ค่าเฉลี่ยดังกล่าวแตกต่างกันอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสถานประกอบการควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคเด้าเตอซันซีไปใช้กับพนักงานสถานประกอบการที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุงอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการส่งเสริม สนับสนุน และแรงจูงใจให้ความรู้ด้านโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด และการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้พนักงานมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มเวลาในการดำเนินการทดลองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานประกอบการ

เอกสารอ้างอิง

กุหลาบ รัตนสังฆธรรม. (2559). *กลไกขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการพหุปัญญาตามแนวคิดปรัชญาตะวันออก*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. คนึงนิช ศรีบัวเอี่ยม, ถวัลย์รัฐ วรเทพพุดิพงษ์, พิธิฐ์ สุกรีพงษ์, พัชรีย์สิโรต, ถวัลดี นูร์กุล, โสภารัตน์ จารุสมบัติ, ... สิทธิสานต์ ทรัพย์สิริโสภา. (2545). *แนวทางการเสริมสร้างประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540: ปัญหา อุปสรรค และทางออก*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

จำเริญวาท. (2553). *คัมภีร์เด้าเตอซันซีประยุกต์ใช้ (ปรับปรุงใหม่)*. กรุงเทพฯ: ก.การพิมพ์ เทียนทอง.

จำเริญวาท. (2559). *มวยเด้าเตอซันซี กายบริหารเด้าเตอซันซี* (กลิ่นสุคนธ์ อริยฉัตร, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: เอพริล เรน พรินติ้ง.

จินตนา บัวทองจันทร์, อุบล สุทธิเนียม, และเสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 19(2), 46–59.

ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2554). *กลุ่มอาการเมตาบอลิก และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สระบุรี: งานป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศูนย์อนามัยที่ 4.

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, จงจิต เสนหา, รุ่งภา พาณิชย์รัตน์, กลิ่นชบา สุวรรณรงค์, พรรณีภา สืบสุข, และเดช เกตุฉ่ำ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจไทย. *Journal of Nursing Science*, 29(Suppl. 2), 133–142.

ปภาสินี แซ่เตี๋ย, และนวรรตน์ ไวยมภู. (2560). ความสำเร็จลดความอ้วนด้วย 3 อ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 9–16.

ประทุม สุกชัยพานิชพงศ์, ลัดดา อัดโสภณ, และพิศาล ชุ่มชื่น. (2559). ประสิทธิภาพของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแพงพวย อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 13(2), 36–46.

- ปานบดี เอกะจัมปะกะ, และนิธิศ วัฒนมะโน. (2552). *พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนไทย ในยุคโลกาภิวัตน์* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก http://spd.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_situations/11.health%20situations.pdf
- ปัญญาพัฒน์ ไชยเมธ, และสมเกียรติยศ วรเดช. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะอ้วนลงพุงในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 55–65.
- พัชรินทร์ ชนะพาห์, และพิสมัย กิจเกื้อกูล. (2556). ความเครียดกับกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 31(5), 253–260.
- มงคล การุณงามพรรณ, สุดารัตน์ สุวาริ, และนันทนา น้ำฝน. (2555). พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่ กรณีศึกษาพื้นที่เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 32(3), 51–61.
- มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์. (2547). *การสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานในสถานประกอบการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
- วชิระ เพ็ชรธรรม, และกลางเดือน โภชนา. (2559). ความเครียดของพนักงานและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของพนักงาน กรณีศึกษาฐานผลิตแก๊สธรรมชาตินอกชายฝั่งอ่าวไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 18(1), 10–20.
- วิชัย เอกพลากร. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศกลวรรณ แก้วกลิ่น, และสมคิด ปราบภัย. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมและพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของพนักงานบริษัทไทยน้ำทิพย์ จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 56–63.
- ศุภชัย สามารถ, และจุฬากรณ์ โสตะ. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ความสามารถตนเองร่วมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทำงานอายุ 40–49 ปี ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ตำบลหนองงูเห่า อำเภอกูเวียง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 23(3), 34–45.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). *จำนวนและอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ประจำปี พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>
- สุกสันต์ อินทวิเชียร. (2555). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 19(2), 65–75.

อดิญาณ์ ศรีเกษตริน, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม, และลัดดา เรืองด้วง. (2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลคลองฉนาก อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 253–264.

อรวรรณ ประภาศิลป์, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ชาระวนิช. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. *พยาบาลสาร*, 40(1), 34–48.

อาภรณ์ ดินาน, และจริยา ทรัพย์เรือง. (2559). ปัจจัยทำนายปริมาณไขมันในร่างกายของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 7(2), 89–104.

World Health Organization. (2009). *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*. Retrieved from https://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา*

Factors Related to Depression in Older Adults Living in Nursing Home*

พิมพ์รัตน์ โทกุล, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)¹

Pimrat Tokun, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

โสภิต แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)²

พัชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. (Nursing)³

Sopin Sangon, Ph.D. (Nursing)²

Patcharin Nintachan, Ph.D. (Nursing)³

Received: July 15, 2020 Revised: October 23, 2020 Accepted: November 10, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 100 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบคัดกรองหมวดหมู่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนีบาร์เทิล ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .74 แบบประเมินความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .63 แบบสอบถามความรู้สึกหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .74 และแบบวัดความซึมเศร้า

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ Master's Thesis of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

² มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University: Major Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: sopin.san@mahidol.edu

³ รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University: Co-advisor

ในผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .83 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r_s = -.200, p < .05$) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ($r_s = -.702, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r_s = -.460, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ควรจัดกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และให้การสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

Abstract

This descriptive correlational research aimed to investigate relationships of age, duration of stay in nursing home, activity of daily living, sense of belonging, and social support with depression of older adults. The participants consisted of 100 older adults living in government nursing home in the eastern of Thailand. The research instruments comprised the Set Test, the personal data questionnaire, Barthel Activity of Daily Living Index: Thai version with the reliability of .74, the Sense of Belonging Instrument, Psychological with the reliability of .63, Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support Thai version with the reliability of .74, and Thai Geriatric Depression Scale: Short version with the reliability of .83. Data were collected from February to March, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that the factors that negatively statistically significant related to depression in older adults were activity of daily living ($r_s = -.200, p < .05$), sense of belonging ($r_s = -.702, p < .001$), and social support ($r_s = -.460, p < .001$).

This research suggests that personnel who care for older adults living in nursing home should provide activities that promote sense of belonging as well as give social support according to the needs of older adults.

Keywords: Depression, Older adults in nursing home

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุด (Zammit & Fiorini, 2015) โดยพบได้ร้อยละ 7 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วไป (World Health Organization [WHO], 2017) ในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ในส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มอายุระหว่าง 60–69 ปี พบร้อยละ 5.90 กลุ่มอายุระหว่าง 70–79 ปี พบร้อยละ 6.60 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 4.80 (วิชัย เอกพลากร, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราสูงถึงร้อยละ 30–48 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 8.10 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 14.10 ส่วนในประเทศไทย มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ทั้งในภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.10–45.90 (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; ศิริรำไพ สุวัฒน์คุปต์, 2555) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราพบค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ทั้งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเอง ต่อผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ และต่อสังคมและประเทศชาติ (Zivin, Wharton, & Rostant, 2013)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบด้านร่างกายพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Lin, Wang, & Huang, 2007) และผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางกายและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะทำให้การพยากรณ์ของ

ภาวะซึมเศร้าแย่ลง (Llewellyn-Jones & Snowdon, 2007) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีความวิตกกังวลสูง (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556) และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Malfent, Wondrak, Kapusta, & Sonneck, 2010) สำหรับผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่พบว่า ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชราเกิดความรู้สึกลัวว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นภาระ (Majerovitz, 2007) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) ร้อยละ 5.70 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (WHO, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศสหรัฐอเมริกา มีค่าใช้จ่ายสูงมากติดอันดับ 1 ใน 10 ของประเทศเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านการเจ็บป่วยทางกาย และเป็นภาระในการสูญเสียค่ารักษาเพิ่มมากกว่าด้านอื่น ๆ ถึงร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพโดยรวมของประเทศทั้งหมด (Zivin et al., 2013)

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้สังคมและรูปแบบการอยู่อาศัยของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งและอยู่ตามลำพังมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558) และแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะเข้ามาอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเพิ่มมากขึ้น การเข้ามาพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ของผู้สูงอายุจึงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จึงเป็นการศึกษา

ที่จะทำให้ได้องค์ความรู้ที่จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริม ป้องกัน และรักษาภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์คนชรา

จากการทบทวนงานวิจัย ปัจจัยที่เลือกศึกษา ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา และยังพบว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม (sense of belonging) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Bailey & McLaren, 2005) และมีอิทธิพลต่อความว่าเหวในผู้สูงอายุ (สมหมาย กุมพันธ์, 2558) แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งปัจจัยนี้อธิบายถึงความรู้สึกผูกพันกับสถานที่อยู่อาศัยและความสัมพันธ์ของบุคคลในกลุ่มหรือสังคมนั้นๆ ที่อาศัยอยู่ร่วมกันมานาน (Hagerty & Williams, 1999) ซึ่งหากผู้สูงอายุสามารถปรับตัว ยอมรับ และเข้าใจก็จะสามารถอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้อย่างมีความสุข แต่หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลจิตเวชหรือนุเคราะห์ที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

สมมติฐานการวิจัย

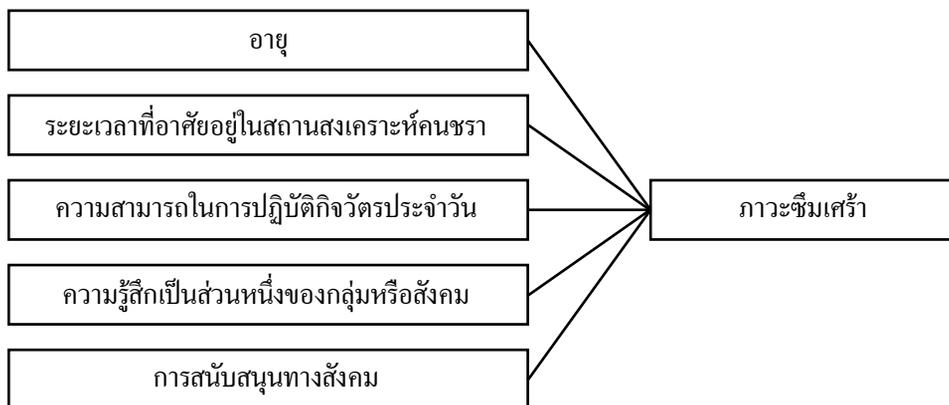
อายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้วิจัยศึกษาโดยเลือกตัวแปรต้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (เนตรนภา จัตุรงค์แสง, 2540) ส่วนระยะเวลาที่อาศัย

อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ในระยะแรกผู้สูงอายุ ต้องปรับตัวกับสถานที่ใหม่ หากไม่สามารถปรับตัวได้ แยกตัวจากสังคม อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นานกว่า ซึ่งสามารถปรับตัวได้แล้ว (นิภาพร พุ่มซ้อน และสุธิดา สิงหุต, 2552; Lin et al., 2007; Tu, Lai, Shin, Chang, & Li, 2012) สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง อาจเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า เป็นภาระของผู้อื่น และพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (อัมภัสสา พานิชชอบ, 2546) และผู้สูงอายุที่รู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือ

สังคม ไม่เป็นที่ยอมรับ ไม่มีความผูกพันกับเพื่อนหรือถิ่นที่อยู่ ทำให้รู้สึกว่าเหว (สมหมาย กุมพันธ์, 2558) รู้สึกไม่มีคุณค่า อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Bailey & McLaren, 2005) อีกทั้งผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณค่าไม่ได้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากสังคม เช่น ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน อาจรู้สึกไม่พอใจ แยกตัวจากสังคม รู้สึกว่าเหว และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สมใจ โชติชนพันธ์ุ, 2550; Lin et al., 2007; Tsai, Yeh, & Tsai, 2005; Yeung, Kwok, & Chung, 2012) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในภาคตะวันออกเฉียง (มีจำนวน 2 แห่ง) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมิน

โดยใช้แบบคัดกรองหมวดหมู่ (The Set Test) 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen (1988) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 จากนั้นคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 82 คน และเพื่อเป็นการทดแทน

ในกรณีที่แบบสอบถาม แบบประเมิน หรือแบบวัด ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะงตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบคัดกรองหมวดหมู่ (the Set Test) พัฒนาโดย Isaacs and Kennie (1973) ใช้ สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามความจำใน 4 หมวดหมู่ ได้แก่ สีสัน ผลไม้ และเมือง (จังหวัดหรืออำเภอ) โดยแต่ละหมวดหมู่ ผู้ตอบสามารถตอบได้สูงสุด 10 ข้อ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวม 40 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน หากได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะ สมองเสื่อม

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจุบันต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอ ของรายได้ โรคประจำตัว สาเหตุที่เข้ารับบริการ ในสถานสงเคราะห์คนชรา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ใน สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม (ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา) การเข้าร่วมกิจกรรม ในสถานสงเคราะห์คนชรา (ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ ผ่านมา) และกิจกรรมที่เข้าร่วม จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนิบาร์เทล ฉบับภาษาไทย (Barthel Activity of Daily Living Index [BADL]: Thai version) พัฒนาโดย Mahoney and Barthel ปี ค.ศ. 1965 แปลเป็นภาษาไทย โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) แบ่งออกเป็น 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว

การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุม การขับถ่ายปัสสาวะ และการควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 2 ระดับ (จำนวน 2 ข้อ) 3 ระดับ (จำนวน 6 ข้อ) และ 4 ระดับ (จำนวน 2 ข้อ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน ส่วนเกณฑ์ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน ระดับต่ำ (0-8 คะแนน) ในระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) และในระดับปกติ (12-20 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม (the Sense of Belonging Instrument, Psychological [SOBI-PI]) พัฒนา โดย Hagerty and Patusky ปี ค.ศ. 1995 แปล เป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยโสภิต แสงอ่อน (Sangon, 2001) จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ และข้อคำถาม ทางลบ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของ ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก ส่วน ข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-64 คะแนน สำหรับการแปล ผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้สึก เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมต่ำ และคะแนน รวมมาก หมายถึง มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของ กลุ่มหรือสังคมสูง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกหลายมิติ เกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support Thai version [Thai-MSPSS]) พัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley ปี ค.ศ. 1988 แปลเป็นภาษาไทย โดยทินกร วงศ์ปการันย์, ณพทัย วงศ์ปการันย์, และ

รักษ์ รักษัตระกุล (Wongpakaran, Wongpakaran, & Ruktrakul, 2011) จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วยค่อนข้างไม่เห็นด้วย เฉยๆ ค่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง

ชุดที่ 6 แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale: Short version [TGDS-15]) พัฒนาโดย Yesavage ปี ค.ศ. 1986 แปลเป็นภาษาไทยโดย ฌนทัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, และโรเบิร์ต แวนรีคัม (Wongpakaran, Wongpakaran, & Reekum, 2013) เป็นการประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 2 ระดับ จากคะแนน 0-1 ของข้อคำถามทางบวก คือ ไม่ใช่ และใช่ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน) เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (5-7 คะแนน) และเป็นโรคซึมเศร้า (11-15 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนีบาร์เทล ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม แบบสอบถามความรู้สึกหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม และแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย 15 ข้อ ไปทดลองใช้กับ

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา 2 แห่ง ในจังหวัดจันทบุรีและจังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .74, .63, .74 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ 10-60-15 ย วันที่ 19 ธันวาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายกเทศมนตรีเมืองจันทบุรี (องค์กรปกครองส่วนจังหวัดจันทบุรี) และอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ เข้าพบผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่สถานสงเคราะห์คนชรา แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบวัด โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม

และข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64 มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 โดยมีอายุเฉลี่ย 76.05 ปี ($SD = 6.95$) มีสถานภาพสมรสฝ่าย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47 จำนวนบุตรอยู่ในช่วง 1-5 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีรายได้ปัจจุบันต่อเดือนต่ำกว่า 500 บาท คิดเป็นร้อยละ 79 โดยมีรายได้ปัจจุบันต่อเดือนเฉลี่ย 562 บาท ($SD = 653.94$) แหล่งที่มาของรายได้ คือ เงินบริจาคนำให้สถานสงเคราะห์คนชรา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 85 มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 89 สาเหตุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา คือ องค์กรบริหารส่วนตำบลนำส่ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39 มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในช่วงมากกว่า 1 ปี- 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39 โดยมีระยะเวลาที่อาศัยอยู่เฉลี่ย 6.19 ปี ($SD = 65.12$) ไม่เคยมีญาติมาเยี่ยมเลยในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 โดยมีจำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมเฉลี่ย 1.23 ครั้ง ($SD = 1.80$) ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 66 และกิจกรรมที่เข้าร่วมส่วนใหญ่ คือ

กิจกรรมทางศาสนา (ทำวัตร/ทำบุญ/ตักบาตร/นั่งสมาธิ) คิดเป็นร้อยละ 80

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 18.91 ($SD = 3.41$) เมื่อจำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 93 รองลงมา คือ ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 5 ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมเท่ากับ 41.57 ($SD = 6.22$) และผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 36.82 ($SD = 16.69$)

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 5.28 ($SD = 3.85$) เมื่อจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมา คือ เริ่มมีภาวะซึมเศร้า และเป็นโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 32 และ 16 ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r_s = -.200, p < .05$) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ($r_s = -.702, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r_s = -.460, p < .001$) ส่วนอายุ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (n = 100)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า	
	r_s	p
อายุ	-.102	.311
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา	-.092	.362
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.200	.046
ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม	-.702	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	-.460	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปกติ (ร้อยละ 93) จึงมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านต่างๆ ได้ดี เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนไหว ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูง จะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ อีกทั้งในวัยสูงอายุ แม้ว่าความสามารถด้านอื่นๆ จะดลดอยลง แต่ความสามารถที่ยังคงอยู่ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; ศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์, 2555; Tsai et al., 2005; Tu et al., 2012; Yeung, et al., 2012) ดังนั้น

เจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันได้ของผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระของตนเอง (autonomy) ความสามารถเลือกกระทำโดยตนเอง และความมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (WHO, 2017) อันจะนำไปสู่การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมเป็นประสบการณ์การอาศัยอยู่ร่วมกันระหว่างบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมในกลุ่มหรือสังคมนั้น เป็นความรู้สึกที่รับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญในกลุ่มหรือสังคม มีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลในกลุ่มหรือสังคม ทำให้ผู้สูงอายู้สึกถึงความรัก ความผูกพัน และความปลอดภัยในการดำรงชีวิต (ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปียชื้อ, 2556; Hagerty, Lynch-Sauer, Patusky, Bouwsema, & Collier, 1992) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ว่า หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้อาจส่งผลกระทบต่อปัญหา

ทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าได้ (รสพร เพียรรุ่งเรือง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2558) ซึ่งผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ (ร้อยละ 66) ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมสูง มีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปี้ยชื้อ, 2556) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ปลดเกษียณ (Bailey & McLaren, 2005)

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของแต่ละบุคคล หรือการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 คน ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือจากบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ โดยเป็นการช่วยเหลือหลากหลายด้าน เช่น การเงิน แรงงาน การทำกิจกรรม ข่าวสารต่างๆ หรือ การที่บุคคลได้รับการยอมรับจากบุคคลหรือสังคม ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม (House, Umberson, & Landis, 1988; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความบกพร่องสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ว่า การขาดทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลหรือทักษะทางสังคม ทำให้เกิดปัญหาการขาดการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าได้ (รสพร เพียรรุ่งเรือง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2558) ซึ่งผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้อาจรับรู้ถึงการช่วยเหลือจากบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ว่าไม่เพียงพอ

และการช่วยเหลืออาจไม่ตรงกับความต้องการของตน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำจะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (สมใจ โชติชนพันธ์ุ, 2550; Lin et al., 2007; Tsai et al., 2005; Tu et al., 2012; Yeung et al., 2012)

ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ปัจจุบัน แนวโน้มผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากวิวัฒนาการด้านสาธารณสุขที่ดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดูแลตนเองให้สุขภาพร่างกายและจิตใจดี และจากประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาทำให้สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ทำให้ไม่เกิดปัญหาด้านจิตใจ (Eliopoulos, 2010) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา (ธนัญพร พรหมจันทร์, 2556; Tsai et al., 2005; Yeung et al., 2012) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (Tu et al., 2012)

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเฉลี่ย 6.19 ปี ซึ่งอาจทำให้รู้สึกคุ้นเคยกับสถานที่และบุคคลในสถานสงเคราะห์คนชรา ดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมที่สถานสงเคราะห์คนชรา

จัดให้ แสดงถึงการยังคงมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมที่อาศัยอยู่ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ว่า การที่บุคคลเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสม่ำเสมอจะช่วยสร้างสัมพันธภาพใหม่ ๆ หรือรักษาสัมพันธภาพเดิมที่มีอยู่ (รสปพร เพียรรุ่งเรือง และพีรพนธ์ ลีอนุญชวรัชชัย, 2558) ทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดการแยกตัวจากสังคม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือสิ้นหวัง และไม่มีภาวะซึมเศร้า (สมใจ โชติชนพันธุ์, 2550; Tiong, Yap, Huat Koh, Phoon, & Luo, 2013) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ (สมใจ โชติชนพันธุ์, 2550; Lin et al., 2007) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (Tu et al., 2012)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราควรจัดกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ให้การสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งตรวจคัดกรองและติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ รวมทั้งอายุ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยศึกษาในแต่ละเขตภูมิภาค เนื่องจากอาจมีบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

เอกสารอ้างอิง

- ธัญพร พรหมจันทร์. (2556). *ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภาพร พุ่มซ้อน, และสุธิดา สิงหสุต. (2552). *วิถีชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2* (สารนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต). เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เนตรนภา จัตรงค์แสง. (2540). *การเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผจงจิต ไกรถาวร, และนพวรรณ เปี้ยเชื้อ. (2556). ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและการรับรู้สภาพสิ่งแวดล้อมละแวกบ้านของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 19(1), 143-156.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- รสปพร เพียรรุ่งเรือง, และพีรพนธ์ ลีอนุญชวรัชชัย. (2558). ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1), 23-34.

- วิชัย เอกพลากร. (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริราไพ สุวัฒนคุปต์. (2555). การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมหมาย กุมพันธ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความไว้วางใจในผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมใจ โชติชนพันธ์. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมภัสชา พานิชชอบ. (2546). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bailey, M., & McLaren, S. (2005). Physical activity alone and with others as predictors of sense of belonging and mental health in retirees. *Aging & Mental Health*, 9(1), 82-90.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological nursing* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Hagerty, B. M., Lynch-Sauer, J., Patusky, K. L., Bouwsema, M., & Collier, P. (1992). Sense of belonging: A vital mental health concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(3), 172-177.
- Hagerty, B. M., & Williams, R. A. (1999). The effects of sense of belonging, social support, conflict, and loneliness on depression. *Nursing Research*, 48(4), 215-219.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293-318.
- Isaacs, B., & Kennie, A. T. (1973). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry*, 123(575), 467-470.
- Lin, P. C., Wang, H. H., & Huang, H. T. (2007). Depressive symptoms among older residents at nursing homes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1719-1725.

- Llewellyn-Jones, R. H., & Snowdon, J. A. (2007). Depression in nursing homes: Ensuring adequate treatment. *CNS Drugs, 21*(8), 627–640.
- Majerovitz, S. D. (2007). Predictors of burden and depression among nursing home family caregivers. *Aging & Mental Health, 11*(3), 323–329.
- Malfent, D., Wondrak, T., Kapusta, N. D., & Sonneck, G. (2010). Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(8), 843–849.
- Sangon, S. (2001). *Predictor of depression in Thai women* (Doctoral dissertation). Ann Arbor: University of Michigan.
- Tiong, W. W., Yap, P., Huat Koh, G. C., Phoon, F. N., & Luo, N. (2013). Prevalence and risk factors of depression in the elderly nursing home residents in Singapore. *Aging & Mental Health, 17*(6), 724–731.
- Tsai, Y. F., Yeh, S. H., & Tsai, H. H. (2005). Prevalence and risk factors for depressive symptoms among community-dwelling elders in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(11), 1097–1102.
- Tu, Y. Y., Lai, Y. L., Shin, S. C., Chang, H. J., & Li, L. (2012). Factors associated with depressive mood in the elderly residing at the long-term care facilities. *International Journal of Gerontology, 6*(1), 5–10.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Reekum, R. V. (2013). The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of Clinical Medicine Research, 5*(2), 101–111.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clinical Practice Epidemiology in Mental Health, 7*(1), 161–166.
- World Health Organization. (2017). *Mental health and older adults*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
- Yeung, D. Y., Kwok, S. Y., & Chung, A. (2012). Institutional peer support mediates the impact of physical declines on depressive symptoms of nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing, 69*(4), 875–885.
- Zammit, P., & Fiorini, A. (2015). Depressive illness in institutionalised older people in Malta. *Malta Medical Journal, 27*(3), 22–25.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30–41.

Zivin, K., Wharton, T., & Rostant, O. (2013). The economic, public health and caregiver burden of late-life depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 631–649.

การเสริมสร้างความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่

Strengthening Job Satisfaction and Retention in the Organization of New Graduate Registered Nurses

มาลีวัล เลิศศาสคศิริ, ก.ด. (อุดมศึกษา)¹

Maleewan Lertsakornsiri, Ph.D. (Higher Education)¹

มาลินี ปันดี, ป.ร.ด. (การบริหารการพยาบาล)²

วิลาวัลย์ เพ็งพานิช, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)³

Malinee Pandee, Ph.D. (Nursing Management)²

Wilawan Phengpanich, M.N.S. (Nursing Administration)³

Received: August 17, 2020 Revised: October 9, 2020 Accepted: November 25, 2020

บทคัดย่อ

การพยาบาลเป็นงานที่ครอบคลุมงานส่วนใหญ่ขององค์กรสุขภาพ เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิต และสุขภาพอนามัยของประชาชน เป็นงานที่ผสมผสานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ในปัจจุบัน ประเทศไทยยังมีความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพใน ทุกส่วนของงานบริการสุขภาพ ทั้งที่สังกัดโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน การขาดแคลนพยาบาล วิชาชีพมีสาเหตุมาจากการที่พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในองค์กรไม่นาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพ สำเร็จใหม่ที่อยู่ในเจเนอเรชันวาย ทั้งนี้ แนวทางการเสริมสร้างความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ใน องค์กรของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ เกี่ยวข้องกับนโยบายสร้างสถานภาพวิชาชีพให้เข้มแข็ง พัฒนา และส่งเสริมความก้าวหน้าทางวิชาการ ปรับลักษณะงานให้มีความยืดหยุ่น สร้างแรงจูงใจในเรื่อง เงินเดือน รางวัล โบนัส ค่ายกย่องชมเชย ค่าตอบแทน และสวัสดิการที่มีความยุติธรรมและเหมาะสม

¹ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹ Associate Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: maleewan@slc.ac.th

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

² Lecturer, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Bangkok Thonburi University

กับสภาวะเศรษฐกิจ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน ให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการดำเนินงานทางการพยาบาล

คำสำคัญ: ความพึงพอใจในงาน การคงอยู่ในองค์กร พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่

Abstract

Nursing is a job that covers most jobs of health organizations directly related to people's lives and well-being. Nursing work is a combination of health promotion, prevention, curability, and rehabilitation. Nowadays in Thailand, there is a shortage of registered nurse in all parts of healthcare services, public and private sectors. It is a result of that nurses shortly remain in the organizations, especially new graduate registered nurses who are in the generation Y. Therefore, the guideline on enhancing job satisfaction and retention in the organization among new graduate registered nurses relates to the strengthening professional status policy, developing and promoting academic progress, adjusting job description for flexibility, creating incentives for fair and suitable salaries, awards, bonuses, compliments, compensation, and welfare, promoting a good quality of life, increasing relationships between colleagues, and enhancing participating or sharing in nursing activities.

Keywords: Job satisfaction, Retention in the organization, New graduate registered nurse

บทนำ

พยาบาลวิชาชีพเป็นทรัพยากรที่สำคัญขององค์กรสุขภาพ เนื่องจากมีจำนวนมากที่สุดในระบบสุขภาพ มีพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในระบบสุขภาพทั่วประเทศประมาณ 150,085 คน คือ ประมาณร้อยละ 74.20 ของบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ทั้งนี้ การพยาบาลเป็นงานที่ครอบคลุมงานส่วนใหญ่ขององค์กรสุขภาพ เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและสุขภาพอนามัยของประชาชน เป็นงานที่ผสมผสานทั้งงาน

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2554) แต่ปัจจุบันมีพยาบาลไม่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการที่ประเทศมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและเข้าร่วมประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community [AEC]) ทำให้พยาบาลเป็นหนึ่งในกลุ่มวิชาชีพซึ่งเป็นที่ต้องการมาก จึงมีโอกาสดูงานที่จะเคลื่อนย้ายออกไปประกอบวิชาชีพนอกประเทศ (อรุณรัตน์ คันทรา,

2557) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นปัญหาที่ค่อนข้างวิกฤต จากการลาออก เปลี่ยนอาชีพ เนื่องจากความเครียด เหน็ดเหนื่อย เบื่อหน่าย ท้อแท้ในงาน งานหนัก ค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงาน (กุลจิตร รุญเจริญ, 2562) ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน ไม่พึงพอใจในระบบบริหารหรือผู้นำองค์กร และมีความพึงพอใจในงานลดลง จึงเป็นสาเหตุให้พยาบาลวิชาชีพมีการลาออกจากการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระบบสุขภาพขาดแคลนอัตรากำลัง จากการศึกษาของสภาการพยาบาล เพื่อประมาณการความต้องการพยาบาลในระยะ 10 ปีข้างหน้า ทั้งจากการใช้บริการสุขภาพของประชาชนไทยประมาณ 65.40 ล้านคน และชาวต่างชาติ พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2562 ประเทศไทยมีความต้องการพยาบาลในอัตราส่วนพยาบาล 1 คน ต่อประชากร 400 คน หรือต้องการพยาบาลวิชาชีพจำนวน 163,500-170,000 คน ในขณะที่มีพยาบาลวิชาชีพทำงานในส่วนบริการสุขภาพทั่วประเทศประมาณ 130,388 คน (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสงดี, 2555) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่ายังมีความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพประมาณ 33,112 คน ซึ่งเป็นความขาดแคลนในทุกส่วนของงานบริการสุขภาพ ทั้งในสังกัดโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน อัตราการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเป็นปัญหาที่สะสมมานาน ซึ่งสาเหตุของการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพนั้นไม่ได้เกิดจากการผลิตไม่เพียงพอแต่เกิดจากการที่พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในองค์กรไม่นาน (เพียงใจ เวชขวงค์, 2555) การแก้ปัญหาการคงอยู่ของพยาบาลที่ลดลงนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายเพิ่มการผลิตพยาบาล และจัดสรรตำแหน่งบรรจุของพยาบาลเพิ่มขึ้นจำนวน 10,000 ตำแหน่ง (ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, 2554) ซึ่งการผลิตพยาบาลเพิ่มเป็นเพียงวิธีการแก้ไขที่ปลายเหตุ ควรแก้ไขที่การคงอยู่ในองค์กรของ

พยาบาล และการแก้ปัญหาเรื่องอัตรากำลังโดยการจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมในทีมปฏิบัติงาน อันเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้พยาบาลคงอยู่ในองค์กร เพราะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงาน ทั้งนี้จากการศึกษาของหทัยกร กิตติมานนท์ (2557) พบว่า ความผูกพันต่อองค์กรและความพึงพอใจในการทำงาน มีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งส่งผลต่อการคงอยู่ในองค์กร ดังนั้น การเสริมสร้างความพึงพอใจในงาน และการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพจากพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับลักษณะของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ แนวคิดความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ลักษณะและความสำคัญของการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ และแนวทางการเสริมสร้างความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ เพื่อให้ผู้อ่านได้ประโยชน์สำหรับการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการเสริมสร้างความพึงพอใจในงาน และให้พยาบาลวิชาชีพมีการคงอยู่ในองค์กรต่อไป

ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่

พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่อยู่ในเจนเนอเรชันวาย (generation Y/ gen Y) เป็นผู้ที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2524-2538 มีอายุอยู่ในช่วง 21-37 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2562) มีลักษณะเป็นเด็กยุคใหม่ที่ต้องการเหตุผลในทุกเรื่อง คำว่า ทำไม จึงเป็นเหมือนสัญลักษณ์ของพวกเขา คนกลุ่มนี้จะกล้าแสดงออก มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว คือ ไม่สนใจต่อคำวิจารณ์ มีความมั่นใจในตัวเอง ชอบทางลัด ความสะดวกรวดเร็ว และเทคโนโลยีสมัยใหม่มากที่สุด ทุกคำถาม

มีคำตอบในโลกอินเทอร์เน็ต สื่อสารกันทางอินเทอร์เน็ต คนเจนเนอร์ชันวายต้องมีเสียงเพลงเป็นเพื่อน งานที่ถูกต้องทำ โดยต้องใช้ชีวิตสบายไปพร้อม ๆ กับ ค่าตอบแทนที่สูง ไม่ต้องการเวลาทำงานที่แน่นอน ไม่ชอบการทำงานประจำในสำนักงาน ไม่ชอบระเบียบ หรือเครื่องแบบแต่งกายในการทำงาน ต้องการให้วัดความสามารถที่ผลงานเท่านั้น และงานหนักต้องมาพร้อมกับผลตอบแทนที่พึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของนวลรัตน์ วรจิตติ และกัญญาดา ประจุกิตติ (2560) ที่พบว่า อายุ ค่าตอบแทน จำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะอยู่ในองค์กร แม้ว่าการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอร์ชันวายนั้นจะมีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีความมั่นใจในตนเองสูง แต่มีเงื่อนไขที่ต้องใช้ทุนให้แก่ทางโรงพยาบาล ทำให้ไม่มีความสุขในการทำงาน ไม่มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร มีความต้องการที่จะทำงานสบาย และได้รับค่าตอบแทนที่ดี ประกอบกับในปัจจุบันมีการแข่งขันของโรงพยาบาลสูงขึ้นที่จะสรรหาบุคลากรพยาบาลเข้าสู่องค์กรของตนโดยให้แรงจูงใจด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ทำให้ทางเลือกและการตัดสินใจที่จะคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์ชันวายมีสูงมากขึ้น (สมนันท์ สุทธารัตน์ และกัญญาดา ประจุกิตติ, 2558) อย่างไรก็ตาม องค์กรต่าง ๆ คงยังประสบปัญหาอัตราการลาออกของคนรุ่นใหม่สูง จึงเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ต้องพิจารณาว่าทำอะไรจึงจะช่วยให้องค์กรสามารถรักษามูลค่ากรไว้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรพยาบาลที่มีบุคลากรพยาบาลจำนวนมากและได้ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในทุกระดับของงานบริการในระบบสุขภาพ ซึ่งแนวทางการเสริมสร้างความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่นั้น เกี่ยวกับปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและการคงอยู่

ในองค์กร เช่น ค่าตอบแทน จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงาน ต่อสัปดาห์ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน พยาบาล การพัฒนาและส่งเสริมความก้าวหน้าในงาน ซึ่งล้วนเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง

แนวคิดความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ทางบวกของพยาบาลที่มีต่อการให้บริการพยาบาล ทั้งในด้านค่าตอบแทน ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน ลักษณะของงาน นโยบายขององค์กร สถานภาพของวิชาชีพ และการมีปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงาน ซึ่งไม่แตกต่างกันในพยาบาลวิชาชีพทั่วไปและพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จใหม่ ทั้งนี้ ความพึงพอใจในงานมีลักษณะ 3 ประการ ดังนี้ (Robbins & Judge, 2010)

1. ความต้องการด้านความสำเร็จ (need for achievement) เป็นความต้องการที่เกิดจากแรงผลักดันภายในของตนเองที่ต้องการความสำเร็จมากกว่าการหวังผลตอบแทนเป็นรางวัล ต้องการงานให้มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เคยทำมาก่อน
2. ความต้องการด้านอำนาจในการทำงาน (need for power) เป็นความต้องการให้มีผลกระทบที่มีอิทธิพลและควบคุมผู้อื่นได้ ผู้ที่ต้องการมีอำนาจจะมีความพึงพอใจกับการทำงานที่ได้รับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีความพึงพอใจที่จะบริหารจัดการ มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อให้มีอิทธิพลเหนือผู้อื่น
3. ความต้องการด้านสัมพันธ์ภาพ (need for affiliation) เป็นความต้องการการยอมรับจากผู้ร่วมงาน ความรู้สึกอบอุ่นกับการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคลากรทีมสุขภาพและผู้รับบริการ ชอบสถานการณ์ที่ต้องใช้ความร่วมมือมากกว่าการแข่งขัน และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลที่มีความพึงพอใจในงานจะทำให้มีแรงจูงใจในการทำงาน ผลผลิตขององค์กร คือ คุณภาพการบริการพยาบาลบรรลุเป้าหมาย ซึ่งจะทำให้พยาบาลมีการรับรู้ทางบวกต่องานที่ทำ ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ (วัชร ขาวผ่อง, 2556)

1. ค่าตอบแทน เป็นความพึงพอใจในเงินเดือนหรือค่าตอบแทน หรือผลประโยชน์อื่น ๆ ที่ได้รับว่ามีความเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

2. ความเป็นอิสระของวิชาชีพ เป็นความพึงพอใจในการได้ใช้ความรู้ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน โดยที่หน่วยงานหรือผู้บริหารเปิดโอกาสให้และได้รับการยอมรับในผลงานที่ทำ

3. ลักษณะงาน เป็นความพึงพอใจในลักษณะงานและประเภทของงานที่พยาบาลต้องปฏิบัติในหน้าที่ รวมทั้งงานการดูแลผู้ป่วยและงานอื่นๆ เช่น งานธุรการ งานบริการ

4. นโยบายขององค์กร เป็นความพึงพอใจในนโยบายการบริหารของฝ่ายการพยาบาลที่มีความชัดเจน ระเบียบข้อบังคับในการปฏิบัติงาน มีความทันสมัย นำสู่การปฏิบัติได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต มีความสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลและฝ่ายบริหาร

5. สถานภาพของวิชาชีพ เป็นความพึงพอใจในภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ ความมีเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ ความเท่าเทียมกันกับวิชาชีพอื่น การให้ความสำคัญของวิชาชีพ ทั้งโดยตนเองและการมองจากผู้อื่น

6. การมีปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงาน เป็นความพึงพอใจของพยาบาลในการมีโอกาสและสัมพันธภาพในทีม สัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับ

พยาบาล ความร่วมมือภายในองค์กร ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก (Ellenbecker, 2004) โดยปัจจัยภายในเป็นคุณลักษณะที่บ่งบอกถึงความเป็นอิสระระหว่างวิชาชีพกับผู้รับบริการ พยาบาลวิชาชีพมีความเป็นเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ มีความเท่าเทียมกัน และมีสัมพันธภาพที่ดีในทีมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพจะมีความเป็นอิสระในการคิดและริเริ่มงานของตนเอง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลวิชาชีพในทีมสุขภาพเป็นแบบการพึ่งพาอาศัยกัน ใช้ทักษะด้านการตัดสินใจทางคลินิก การเสริมพลังและการสร้างความเชื่อมั่น โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทางการพยาบาลในบทบาทผู้นำ ซึ่งจะทำให้เกิดเจตคติที่ดีและเกิดความพึงพอใจ ความสัมพันธ์ที่ดีเกิดจากการสื่อสารที่ดีและการบริหารจัดการที่ได้รับรับการยอมรับ สำหรับปัจจัยภายนอก มีดังนี้ 1) ผลตอบแทน/เงินเดือน สวัสดิการ 2) การเลื่อนตำแหน่ง ความก้าวหน้า 3) การบังคับบัญชา นโยบายและการนิเทศ 4) ลักษณะงานที่ทำหาย เป็นอิสระความเป็นเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ ปริมาณงาน ภาระงาน การควบคุมชั่วโมงการทำงาน กิจกรรมการพยาบาล 5) กลุ่มเพื่อนร่วมงาน รวมถึงสภาพแวดล้อมในการทำงาน ความสะอาด ตลอดจนอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงาน การได้รับการยอมรับนับถือ การได้รับสิ่งตอบแทนและรางวัล โดยพบว่า ความเครียดและภาระงานที่เพิ่มขึ้นมีผลกระทบต่อการใช้ศักยภาพในการแก้ปัญหาและการปฏิบัติงานตามหน้าที่ ความเครียดทำให้เกิดอารมณ์โกรธ สับสน และไม่มีความสุข ซึ่งจะนำไปสู่ความเมือหน่าย ส่งผลต่อการตัดสินใจว่าจะอยู่ในงานต่อหรือไม่

ความสำคัญของการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพ ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งช่วยเหลือแพทย์ในสถานพยาบาล กระทำการรักษาโรค โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2555) ลักษณะงานพยาบาลเป็นงานที่ปฏิบัติต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เป็นงานที่รับผิดชอบต่อชีวิตคน ให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพะ นอกจากนี้ด้านการดูแลผู้ป่วยแล้ว พยาบาลวิชาชีพยังต้องทำหน้าที่ติดต่อกับประสานงานกับทีมบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายในลักษณะการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ การคงอยู่ในงานของพยาบาลจึงมีความสำคัญสำหรับองค์กร หากองค์กรสามารถธำรงรักษาบุคลากรพยาบาลที่มีความสามารถให้คงอยู่ในองค์กรนั้นย่อมประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน

การคงอยู่ในงานเป็นความรู้สึกผูกพันต่อองค์กร รู้สึกว่างานที่นั่นเหมาะสมกับตนเอง เป็นความผูกพันของบุคคลต่ออาชีพที่ตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง ยืนยันที่จะอยู่ในอาชีพนั้นๆ ตลอดไป การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งสำหรับองค์กรด้านสุขภาพ เนื่องจากในระบบบริการสุขภาพเป็นงานที่ใช้กำลังคนเป็นหลัก ไม่สามารถทดแทนด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีได้ทั้งหมด การคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้รับบริการ การลาออกจากงานของบุคลากรพยาบาลแต่ละครั้ง องค์กรต้องรับปัญหาภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นสำหรับการพัฒนา

พยาบาลวิชาชีพใหม่ เพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติงาน ทดแทนพยาบาลวิชาชีพเดิมที่ลาออกไป ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง รวมถึงค่าใช้จ่ายในการสรรหาพยาบาล การฝึกอบรม และการพัฒนาพยาบาลใหม่ ต้องใช้งบประมาณที่สูง ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรตระหนักและหาวิธีการธำรงรักษานักวิชาการเหล่านั้นให้คงอยู่ปฏิบัติงานกับองค์กรตลอดไป (Halfer, 2011)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ มีดังนี้

1. ด้านคุณลักษณะของบุคลากร เป็นคุณลักษณะหรือข้อเท็จจริงที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของบุคคล อันนำมาซึ่งการกระทำบางอย่างหรือเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่บ่งบอกลักษณะเฉพาะตน สิ่งเหล่านี้ทำให้พยาบาลมีความแตกต่างกัน และมีผลต่อการเลือกงานและการคงอยู่ในองค์กรของบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ภูมิฐานะ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานหรือประสบการณ์การทำงาน เช่น อายุ เป็นสิ่งที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคล คนที่มีอายุมากขึ้นจะมีความคิดที่มีเหตุผลจากประสบการณ์การทำงาน มีความรอบคอบในการตัดสินใจ และมีความยึดมั่นผูกพันมากกว่าคนที่อายุน้อย และยิ่งอายุมากขึ้นก็พบว่ามีความยึดมั่นและผูกพันต่อองค์กรเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 21-30 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ มีความตั้งใจคงอยู่ในองค์กรน้อยที่สุด (อรุณรัตน์ คันธา, รัชณี ศุจิจันทร์รัตน์, วิไลวรรณ ทองเจริญ, จันทนา นามเทพ, และศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร, 2555) และจากการศึกษาของสุรีย์ ท้าวคำลือ และพินดา ดามาพงศ์ (2550) พบว่า ตัวแปรด้านอายุทำให้อำนาจในการอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจคงอยู่ในงานเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.50

ส่วนสถานภาพสมรส หากตารางการปฏิบัติงานไม่มียืดหยุ่น ไม่เอื้อในการจัดสรรเวลาให้แก่ครอบครัว ทำให้ขาดความสมดุลระหว่างงานกับครอบครัว จะทำให้พยาบาลที่มีภาระรับผิดชอบต่อครอบครัว คงอยู่ในงานลดลง ภูมิลำเนาเป็นอีกเหตุผลหนึ่งในการสนับสนุนว่าพยาบาลจะคงอยู่ในองค์กรนั้น ๆ ได้นานตลอดไปหรือไม่ พยาบาลที่มีสถานที่ปฏิบัติงานอยู่ในภูมิลำเนาเดิมมีแนวโน้มที่จะคงอยู่ในองค์กรเป็นระยะเวลานาน เพราะการปฏิบัติงานในภูมิลำเนาเดิมจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี และมีเวลาดูแลครอบครัวมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากสถานที่ปฏิบัติงานไม่อยู่ในภูมิลำเนาเดิม พยาบาลจะมีแนวโน้มที่จะคงอยู่ในองค์กรต่ำ เพราะความห่างไกลของบ้านและสถานที่ปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลต้องเหน็ดเหนื่อยจากการเดินทาง มีปัญหาในการดูแลครอบครัว และมีเวลาให้ครอบครัวลดลง (เพียงใจ เวชขวงส์, 2555)

2. ด้านลักษณะงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาล ทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ดังการศึกษาของ Sawatzky, Enns, and Legare (2015) และของ Mahon (2014) ที่พบว่า ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล การได้ใช้ความสามารถในการทำงาน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาล ความเชี่ยวชาญในการทำงาน การให้ความเคารพกันระหว่างวิชาชีพ ทำให้เกิดการคงอยู่ในงาน แต่การขาดความเป็นอิสระในวิชาชีพจะสร้างความคับข้องใจในการทำงาน

3. ด้านบริบทขององค์กร ส่วนประกอบขององค์กรทั้งในนโยบายและการบริหารจัดการมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคลากรที่จะปฏิบัติงานอยู่หรือจะลาออกจากองค์กร ดังการศึกษาของสุมาลี อยู่ผ่อง และบุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี (2557) ที่พบว่า ปัจจัยด้านบริบทขององค์กรมีผลต่อการคงอยู่ใน

งานของพยาบาลวิชาชีพในระดับมาก ซึ่งบริบทขององค์กรประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ 1) วัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร หากองค์กรใดทำให้บุคลากรรู้สึกเชื่อมั่น มีวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และเชื่อมั่นในความสามารถของบุคลากร จะทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกก่อให้เกิดความเป็นเจ้าของสูงขึ้น และมีผลต่อการคงอยู่และความสำเร็จขององค์กรเพิ่มขึ้น 2) กลยุทธ์ โอกาสและการบริหารจัดการขององค์กร การที่ผู้นำมีวิสัยทัศน์ วิเคราะห์และประเมินสภาพแวดล้อม กำหนดทิศทางและเป้าหมายขององค์กรอย่างเป็นระบบ เพื่อคิดค้นแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง จะทำให้มีการผลักดันองค์กรไปสู่ทิศทางที่ตั้งไว้ โดยมีการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง 3) ความต่อเนื่องของงานและความมั่นคง พยาบาลทุกคนต้องการความมั่นคงในการปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรได้ตลอดไปเท่าที่ต้องการ ทรายไวดที่ยังสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ เพื่อสร้างความมั่นคงให้ชีวิต หากองค์กรใดมีความมั่นคงต่อเนื่องของงานสูงก็จะมีอัตราการคงอยู่ในงานสูงตามไปด้วย

4. ด้านโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพ องค์กรที่มีการพัฒนาทางอาชีพและเปิดโอกาสให้พยาบาลมีโอกาสเจริญก้าวหน้า จะมีผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการการสนับสนุนและให้โอกาสในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน มักใช้สิ่งนี้ในการพิจารณาถึงการคงอยู่ในองค์กร ดังการศึกษาของธีระวุฒิ ตรีประสิทธิ์ชัย (2557) ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาพนักงานให้คงอยู่กับองค์กร คือ การมีเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพและนโยบายการเลื่อนตำแหน่งที่ชัดเจน

5. ด้านค่าจ้าง เงินเดือน รางวัล โบนัส และค่ายกย่องชมเชย เป็นสิ่งที่องค์กรมีให้แก่พยาบาล

วิชาชีพสำหรับตอบสนองการทำงาน มี 2 ลักษณะ คือ คำตอบแทนที่ไม่สามารถจับต้องได้ เป็นคำตอบแทนที่ส่งผลต่อจิตใจ เช่น การได้รับการยอมรับและความไว้วางใจจากผู้บริหาร และคำตอบแทนภายนอก เป็นคำตอบแทนที่เป็นรูปธรรม สามารถจับต้องได้ ทั้งในรูปตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน เช่น เงินเดือนหรือค่าจ้าง โบนัส คำตอบแทนสินน้ำใจ หรือสวัสดิการต่างๆ การประกันสุขภาพ สวัสดิการบ้านพักตากอากาศ การกู้ยืมเงินเพื่อเป็นค่าเล่าเรียนบุตร สวัสดิการคลอดบุตร เงินสะสมกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ การให้วันหยุดพักผ่อน เงินบำนาญเมื่อเกษียณอายุ การชดเชยเวลาทำงาน หรือผลประโยชน์อื่นๆ ที่องค์กรเพิ่มให้ สิ่งเหล่านี้พยาบาลวิชาชีพเห็นว่ามีความสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ Palmer (2013) ที่พบว่า ปัญหาที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของพยาบาล และทำให้ลาออกจางาน คือ เรื่องอัตราค่าจ้างที่ไม่สัมพันธ์กับงาน

6. ด้านสัมพันธภาพของบุคลากรภายในองค์กร สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรในทีมพยาบาลที่เป็นไปในลักษณะของความร่วมมือ ช่วยเหลือ สนับสนุน มีสัมพันธภาพที่ดี พึ่งพาซึ่งกันและกัน จะทำให้พยาบาลมีความผูกพันและจงรักภักดีต่อองค์กร ช่วยลดความขัดแย้งในการทำงาน ทำให้พยาบาลคงอยู่ในงาน (ดลฤดี รัตนปิติภรณ์, 2552)

7. การทำงานเป็นทีม เป็นการทำงานร่วมกันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเป้าหมายการทำงานเดียวกัน มีความร่วมมือกัน พยาบาลแต่ละคนมีทักษะความสามารถในการทำงานที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีหลักการที่แตกต่างกัน แต่ทุกคนต่างต้องยึดมั่นในเป้าหมายเดียวกัน พร้อมทั้งมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อเป้าหมายด้วยกัน การทำงานเป็นทีมที่ดี สมาชิกทุกกลุ่มวัยควรมีบุคลิกภาพประนีประนอม มีจิตใจที่อ่อนโยน หลีกเลี่ยงความขัดแย้งในงานยอมรับในความหลากหลายของแต่ละเจเนอเรชัน

จะทำให้เกิดความสามัคคี ช่วยสนับสนุนการคงอยู่ในงานของพยาบาล (Hendricks & Cope, 2013)

8. ความสุขในการทำงาน เป็นปัจจัยหนึ่งของการคงอยู่ในองค์กร โดยครอบคลุมถึงความดีงามในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ดังการศึกษาของศิริพร จิรวัดนนกุล และคณะ (2555) ที่พบว่า ความสุขของพยาบาลเกิดจากความมีใจรักในวิชาชีพ ซึ่งเป็นความคิดทางบวกที่พยาบาลวิชาชีพกล่าวตรงกันว่าทำให้ยังทำงานอยู่ในวิชาชีพนี้ได้จนถึงวันนี้ ความสุขที่เกิดจากการได้ช่วยเหลือประชาชนเสมือนว่าได้ทำบุญทุกวันจากการให้การพยาบาล เป็นอุดมการณ์ที่หล่อเลี้ยงจิตวิญญาณของพยาบาลให้เข้มแข็ง สามารถคงอยู่ในวิชาชีพได้

9. คุณค่าในงานการพยาบาลและวิชาชีพพยาบาล วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีคุณค่าในตัวเอง เพราะการปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ในศาสตร์และศิลป์หลากหลายสาขามีทักษะในการดูแลผู้รับบริการหลายด้าน เป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาล เป็นความรู้สึกทางจิตใจทางบวก ทำให้พยาบาลมีความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในวิชาชีพ (ฟาริดา ฮิบราฮิม, 2554)

แนวทางการเสริมสร้างความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่

การที่จะธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ให้ทำงานอยู่ในองค์กรได้ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องส่งเสริม สนับสนุน และหาแนวทางการเสริมสร้างความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ เพื่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันและต้องการปฏิบัติงานอยู่กับองค์กรตลอดไป โดยมีแนวทางดังนี้ (นวลรัตน์ วรจิตติ ดิ และกัญญาดา ประจุศิลป์ 2560; วัชร ขาวผ่อง, 2556; ตุมาลี อยู่ผ่อง และบุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี, 2557; Palmer, 2013)

1. พัฒนาพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ โดยให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง เช่น การให้เข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านวิชาการ เพื่อให้บุคลากรกลุ่มนี้กลายเป็นบุคลากรที่มีประโยชน์และมีคุณค่าต่อองค์กร

2. มีนโยบายสร้างสถานภาพวิชาชีพให้เข้มแข็งอย่างชัดเจน เพื่อสร้างความภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาล ส่งเสริมให้เกิดความรักและความสามัคคีในหมู่คณะ เพื่อเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

3. สร้างแรงจูงใจในเรื่องเงินเดือน ค่าตอบแทน รางวัล โบนัส ค่ายกย่องชมเชย ผลประโยชน์ และสวัสดิการ ที่มีความยุติธรรมและเหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจ รวมทั้งปรับปรุงสวัสดิการของบุคลากรและครอบครัวให้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้น

4. ส่งเสริมความก้าวหน้า โดยส่งเสริมและสนับสนุนเรื่องการศึกษา การอบรมเพิ่มพูนความรู้ และมีแนวทางการพัฒนาอาชีพที่ชัดเจนให้แก่พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในองค์กรสูงขึ้น

5. ปรับลักษณะการทำงานให้สอดคล้องกับลักษณะของเจนเนอเรชันวาย เช่น การสร้างนวัตกรรมการทำงานใหม่ๆ สร้างระบบการประสานงานระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่มีความต่างของเจนเนอเรชัน ปลูกฝังความเป็นวิชาชีพพยาบาลให้พยาบาลรุ่นใหม่เข้าใจลักษณะงานการพยาบาล โดยให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเจนเนอเรชันวาย และปรับสมดุลระหว่างความเป็นวิชาชีพกับการทำงานร่วมกันในเจนเนอเรชันให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

6. อนุญาตให้พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ปรับตารางปฏิบัติงาน ปรับเวลาการทำงาน ซึ่งจะส่งผลทางบวกต่อการตัดสินใจคงอยู่ในงาน หากมีการอนุญาตให้ปรับชั่วโมงการทำงานจะช่วยส่งเสริมการคงอยู่

ในงาน และอนุญาตให้ตัดสินใจในงาน ให้การยอมรับในงาน โดยระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมจะส่งผลทางบวกต่อปัจเจกบุคคลในเรื่องความพึงพอใจในงานและการตัดสินใจคงอยู่ในงาน รวมทั้งส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจัดสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน เนื่องจากสภาพแวดล้อมการทำงานเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตการทำงาน หากพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ปฏิบัติงานและมีคุณภาพการทำงานที่ดี จะทำให้มีความพึงพอใจในการทำงาน มีกำลังใจและคงอยู่ในองค์กร

7. สร้างสัมพันธภาพที่ดีในฐานะเพื่อนร่วมงานระหว่างพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ พยาบาลแพทย์ และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมบรรยากาศการทำงาน มีน้ำใจช่วยเหลือสนับสนุน และพึ่งพาอาศัยกัน จะสามารถช่วยลดความขัดแย้งในการทำงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่มีความพึงพอใจและคงอยู่ในองค์กร

8. เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการดำเนินงานทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่รู้สึกมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ เกิดความรู้สึกที่ดีต่องาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

สรุป

การที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในวิชาชีพพยาบาลได้อย่างเต็มความสามารถ เกิดความพึงพอใจในงาน และมีการคงอยู่ในองค์กรได้อย่างยาวนาน เพื่อให้วิชาชีพ

พยาบาลเข้มแข็ง มีคุณภาพ และเกิดการพัฒนาย่างต่อเนื่อง ควรจะทำความเข้าใจลักษณะของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ที่อยู่ในเจเนอเรชันวาย ซึ่งมีความกล้าแสดงออก มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่ไม่สนใจคำวิจารณ์ มีความมั่นใจในตัวเอง ชอบทางลัด ความสะดวกรวดเร็ว และมีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี ซึ่งมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โดยแนวทางในการธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ให้ทำงานอยู่ในองค์กรมีหลากหลายแนวทาง เช่น การมีนโยบายสร้างสถานภาพวิชาชีพให้เข้มแข็ง พัฒนาและส่งเสริมความก้าวหน้าทางวิชาการ ปรับลักษณะงานให้มีความยืดหยุ่น สร้างแรงจูงใจในเรื่องเงินเดือน ค่าตอบแทน ผลประโยชน์ และสวัสดิการ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน ให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และการดำเนินงานทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่เกิดความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้นและคงอยู่ในองค์กรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2562). *Gen Y/Gen Me กลุ่มผู้กุมชะตาโลก*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1251>
- กุลจิตร์ รุญเจริญ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการจัดการความเครียดของพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 2(1), 1–10.
- ณรงค์ สหเมธาพัฒน์. (2554). *สธ. เร่งเครื่องบรรจุกหมิ่นอัตราแก่พยาบาลขาด*. สืบค้นจาก <https://suchons.wordpress.com/2011/06/15/%E0%B8%AA%E0%B8%98>

- ดลฤดี รัตนปิติภรณ์. (2552). *ปัจจัยทำนายนการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเครือโรงพยาบาลพญาไท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ธีระวุฒิ ตริประสิทธิ์ชัย. (2557). *ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพนักงานให้คงอยู่กับองค์กรในอุตสาหกรรมการโรงแรมระดับ 5 ดาว ในกรุงเทพมหานคร (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- นวลรัตน์ วรจิตติ, และกัญญาดา ประจุกิลป์. (2560). *ปัจจัยทำนายนการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(พิเศษ), 112–120.
- เพียงใจ เวชขวงศ์. (2555). *การคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พาริดา อิบราฮิม. (2554). *สาระทางการพยาบาลเพื่อความรักและความภาคภูมิใจในวิชาชีพ*. นนทบุรี: ธนาเพชร.
- วัชรวิภา ขาวผ่อง. (2556). *ปัจจัยทำนายนการคงอยู่ในงานและความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน ภาคตะวันออก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, และกฤษฎดา แสงดี. (2555). ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 5–12.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล, ประณีต ส่งวัฒนา, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วารุณี ฟองแก้ว, วรณิ เตียววิเศษ, ศิริอร สินธุ, และนันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ. (2555). ความสุขกับความคิดคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 26–42.

- สภาการพยาบาล. (2555). *มาตรฐานกำหนดตำแหน่งสายงานพยาบาล*. นนทบุรี: จุดทอง.
- สมนันท์ สุทธรัตน์, และกัญญาดา ประจุศิลป์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงาน ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความเชื่อมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ รุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 237-252.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf
- สุมาลี อยู่ผ่อง, และบุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี. (2557). ปัจจัยการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. ใน *เอกสารการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4* (น. 1-13). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุรีย์ ท้าวคำลือ, และพนิดา ดามาพงศ์. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความตั้งใจที่จะอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(1), 92-105.
- หทัยกร กิตติมานนท์. (2557). *รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของผลการปฏิบัติงานของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพสังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรี). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อรุณรัตน์ คันทา. (2557). ผลกระทบและทางออกของการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศไทย. *Journal of Nursing Science*, 32(1), 81-90.
- อรุณรัตน์ คันทา, รัชณี สุจิจันทร์รัตน์, วิไลวรรณทองเจริญ, จันทนา นามเทพ, และศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร. (2555). ปัจจัยทำนายความต้องการอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *Journal of Nursing Science*, 30(4), 7-17.
- Ellenbecker, C. H. (2004). A theoretical model of job retention for home health care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 303-310.
- Halfer, D. (2011). Job embeddedness factors and retention of nurses with 1 to 3 years of experience. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(10), 468-476.
- Hendricks, J. M., & Cope, V. C. (2013). Generational diversity: What nurse managers need to know. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 717-725.
- Mahon, P. R. (2014). A critical ethnographic look at paediatric intensive care nurses and the determinants of nurses' job satisfaction. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(1), 45-53.
- Palmer, S. P. (2013). Nurse retention and satisfaction in Ecuador: Implications for nursing administration. *Journal of Nursing Management*, 22(1), 89-96.

Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2010). *Essentials of organizational behavior* (10th ed.). New Jersey: Pearson/Prentice Hall.

Sawatzky, J. A., Enns, C. L., & Legare, C. (2015). Identifying the key predictors for retention in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2315–2325.

การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพในประชากรก่อนวัยสูงอายุ The Preparation for Active Aging among Pre-aging Population

มูจลินท์ แปงศิริ, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Mujjaln Pang Siri, M.P.H. (Public Health)¹

ศิวิไลซ์ วณรัตน์วิจิตร, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)²

Civilaiz Wanaratwichit, Dr.P.H. (Public Health)²

Received: October 5, 2020 Revised: December 21, 2020 Accepted: December 22, 2020

บทคัดย่อ

ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ในปีหน้า การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพจึงมีความจำเป็นต่อการรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพต้องประกอบด้วยความพร้อมในศักยภาพของผู้สูงอายุ 3 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพ มิติการมีส่วนร่วม และมิติความมั่นคง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมีทั้งปัจจัยด้านกายภาพ ด้านสติปัญญา ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และบุคลิกภาพ โดยระดับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพในประชากรก่อนวัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน หากประชากรก่อนวัยสูงอายุทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพย่อมทำให้เกิดความมั่นใจในการเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่งผลให้เป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุคุณภาพ การเตรียมความพร้อม ประชากรก่อนวัยสูงอายุ

¹ อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

¹ Lecturer, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) Email: mujjaln.fb@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

Abstract

Thailand will become a complete aged society in the next coming year. Therefore, the preparation for active aging among pre-aging population is necessary for supporting a complete aged society in recent year. The World Health Organization determines active aging according to the three dimensions of aging's competencies, including health dimension, participation dimension, and security dimension. Factors affecting the preparation for active aging consist of physical factors, intellectual factors, environmental factors, emotional factor, and motivation and personality factors. In addition, the level of active aging preparation among pre-aging population is composed of three-level, including individual level, family level, and community level. In case of all pre-aging population receive the appropriate preparation for active aging, this will make them confident for entering into old age and result in happiness, good quality of life, and reduce dependence.

Keywords: Active aging, Preparation, Pre-aging population

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ตั้งแต่ปี 2548 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) และคาดว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) และในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super aged society) คือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2015) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ซึ่งปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ 1) ปัญหาสุขภาพกาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรค

ความดันโลหิตสูง 2) ปัญหาสุขภาพจิต มักเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ปัญหาความรู้สึกของการเป็นภาระแก่ลูกหลาน บางคนอาจมีอาการซึมเศร้า (depression) จนทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลง 3) ปัญหาสมาชิกในครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุในอดีต สังคมไทยเป็นครอบครัวใหญ่ ผู้สูงอายุมักไม่รู้สึกรเหงาเพราะได้อยู่ร่วมกับลูกหลาน แต่ในปัจจุบันสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมเมืองอาจถูกทอดทิ้ง เนื่องจากภาระงานของลูกหลานทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมาอีกด้วย (ภัทรพรหมทำดี, 2560) นอกจากจำนวนประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ รวมถึงเศรษฐกิจ

ของประเทศไทย ดังนั้น ประชากรก่อนวัยสูงอายุ ต้องเร่งตระหนักโดยให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อประชากรก่อนวัยสูงอายุในสังคมมีความรู้ ความสามารถ มีศักยภาพและความพร้อมในระดับบุคคล ก็จะสามารถช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งต้องเริ่มเตรียมความพร้อมในขณะที่ร่างกายยังมีความสมบูรณ์ แข็งแรง จากข้อมูลประชากรในช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 พบว่า อัตราส่วนของประชากรที่มีอายุ 40-59 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2556, 2558 และ 2560 คิดเป็นร้อยละ 23.10, 23.30 และ 23.50 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) หากไม่มีการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุจะถือเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต ดังนั้น การเตรียมประชากรก่อนวัยสูงอายุให้มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีศักยภาพเพียงพอต่อการดำรงสถานะของตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาหรือสร้างภาระให้กับบุคคลใกล้ชิด มีการตระหนักรู้และการเตรียมตัวเพื่อเผชิญภาวะความชราภาพในวัยสูงอายุ ซึ่งหากมีการเตรียมความพร้อมในประชากรตั้งแต่ก่อนอายุ 50 ปี จะยิ่งส่งผลดีต่อการตระหนักรู้และการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ตั้งแต่เนิ่นๆ และจะสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ทั้งนี้ ความท้าทายของสังคมไทย คือ จะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุไทยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นในอนาคตมีคุณภาพไปพร้อมกับมีอายุยืน และยังสามารถประกอบกิจกรรมเพื่อมีส่วนร่วมในการเพิ่มผลผลิตด้านอื่นๆ ให้แก่ประเทศ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับแนวคิดการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ องค์ประกอบของการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ และการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้อ่านได้แนวทางในการเตรียมประชากรก่อนวัยสูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

แนวคิดการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ

การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ (active aging) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) คือ การเพิ่มโอกาสในการมีสุขภาพที่ดี ทั้งในมิติสุขภาพ (health) มิติการมีส่วนร่วม (participation) และมิติความมั่นคง (security) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสุข มีความเป็นอิสระ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพจะต้องเน้นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เน้นการมีส่วนร่วมในสังคมตามความต้องการของผู้สูงอายุ มีการป้องกันอันตรายและการดูแลที่เหมาะสมเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ตามบริบทและวัฒนธรรมดั้งเดิมของผู้สูงอายุ มีการผสมผสานความรู้ด้านสุขภาพแนวใหม่ เพื่อให้ทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ซึ่งแนวคิดนี้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมให้เกิด “ผู้สูงอายุสุขภาพดี (healthy aging)” ซึ่งหมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเป้าหมายสูงสุด คือ ความสามารถในการดำเนินกิจกรรม (functional ability) ทั้งนี้ ในการจัดกิจกรรมต้องคำนึงถึง 1) ระดับพันธุกรรมแต่กำเนิดของผู้สูงอายุคนนั้น 2) ระดับคุณลักษณะที่อาจทำให้เกิดความแตกต่าง เช่น บทบาทหรืออัตลักษณ์ ความสัมพันธ์ต่อสังคม และ 3) ระดับความสามารถในการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานมี

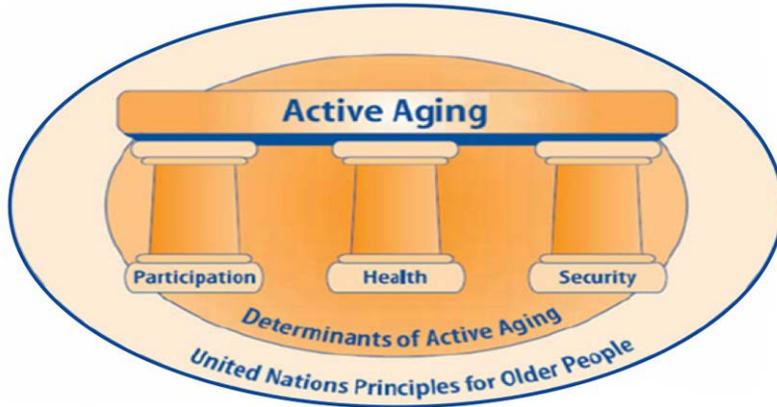
ผลต่อการปรับตัวต่อสังคมสูงอายุที่จะเข้าถึง (WHO, 2015)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยในหลายด้าน ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น ประชากรก่อนวัยสูงอายุจะต้องเรียนรู้ ทำความเข้าใจ และปรับตัวให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มีการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ถึงพร้อมทางสุขภาพทุกมิติที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีคุณภาพ ป้องกันภาวะวิกฤตในช่วงสุดท้ายของชีวิต ส่งเสริมให้สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นตัวอย่างแก่ลูกหลานสืบไป การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ เป็นการวางแผนการดำเนินการหรือการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็นการเตรียมตัวในการดำเนินชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวจะมีความมั่นคงในชีวิต มีสุขภาพดี ยอมรับความจริง ส่วนผู้ที่ประสบความล้มเหลวในการปรับตัว ย่อมก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ไม่ยอมรับความจริง ซึมเศร้า เป็นต้น ทั้งนี้ ประชากรก่อนวัยสูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน มีอายุอยู่ในช่วง 40–59 ปี หากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุ อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านต่างๆ ตามมาได้ จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ควรทำให้เกิดการเรียนรู้ การเตรียมตัว และการเปลี่ยนถ่ายจากช่วงก่อนวัยสูงอายุสู่วัยสูงอายุ คือ ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป (Selby & Griffiths, 1986) สอดคล้องกับที่บรรลุ ศิริพานิช (2550) กล่าวว่า คนส่วนใหญ่ไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจต่อการเป็นผู้สูงอายุ เพราะ

คิดว่าเป็นความเสื่อมที่ทุกคนต้องพบตามธรรมชาติ ทั้งๆ ที่บางคนสามารถมีชีวิตต่อไปได้ถึง 10–20 ปี ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในการปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตแบบใหม่ ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านการเงิน และปัญหาที่อยู่อาศัย ดังนั้น แนวคิดของการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ได้แก่ 1) มีศักยภาพและความสามารถเป็นหลัก (productive aging) 2) ดูแลตนเอง (self-care) โดยการสร้างหลักประกันและความมั่นคงให้กับตนเองตามอัตภาพ 3) พึ่งตนเองได้ (self-reliance) โดยรักษาคุณภาพชีวิตของตนเองในทุกๆ ด้าน ทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา 4) สามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้นานที่สุดตามอัตภาพของตนเอง และ 5) พึงพอใจในชีวิตและความเป็นอยู่ปัจจุบันและเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่จะมาถึงได้อย่างมั่นคง (WHO, 2015)

องค์ประกอบของการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้เสนอกรอบนโยบายสามเสาหลักของผู้สูงอายุคุณภาพ คือ การดำเนินการเกี่ยวกับมิติสุขภาพ (health) มิติการมีส่วนร่วม (participation) และมิติความมั่นคง (security) (ดังแสดงในแผนภาพที่ 1) และได้เสนอนโยบายที่สำคัญเพื่อ จัดการกับเสาหลักของผู้สูงอายุคุณภาพให้เป็นวงกว้างและครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ โดยการกำหนดเป้าหมายเป็นพิเศษสำหรับบุคคลที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุและ/หรือผู้สูงอายุ ดังนี้ (WHO, 2017)



แผนภาพที่ 1 The three pillars of policy framework for active aging (ที่มา: WHO, 2002)

1. มิติสุขภาพ ควรดำเนินการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังและการเสื่อมสภาพของการทำงาน ในขณะที่ปัจจัยป้องกันยังคงอยู่ในระดับสูง ประชากรจะได้รับความสุขในชีวิตทั้งปริมาณและคุณภาพชีวิตที่ยาวนานขึ้น การส่งเสริมให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีสุขภาพดีจะทำให้สามารถพึ่งตนเองได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมถึงสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมที่ตอบสนองความต้องการของตนเองเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี ควรดำเนินการดังนี้

1.1 ป้องกันและลดภาวะความพิการ โรคเรื้อรัง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

1.2 ลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคที่สำคัญ ได้แก่ ความเสี่ยงอันตรายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ภาวะเส้นเลือดในสมองแตกจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อันจะก่อให้เกิดความพิการทางร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก อันเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561) และเพิ่มปัจจัยที่ปกป้องสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเคลื่อนไหวสำหรับผู้ที่มี

ปัญหา และการได้รับการสนับสนุนระบบบริการในการให้ข้อมูลฉุกเฉินทางสุขภาพ เช่น โรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

1.3 พัฒนาความต่อเนื่องของบริการสุขภาพแบบบูรณาการ และเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพก่อนวัยสูงอายุได้อย่างครบวงจรของการดูแลรักษาความเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ตามสถานะสุขภาพและความรุนแรงของโรค ให้สะดวกต่อการรับบริการและเข้าถึงได้ง่าย

1.4 จัดให้มีการฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ประชากรก่อนวัยสูงอายุ โดยเน้นให้ความสำคัญของการส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี แข็งแรงปราศจากโรค หากมีโรคต้องสามารถควบคุมอาการได้ และพึ่งตนเองได้ มีการจัดกระบวนการเรียนเป็น module เนื่องจากในแต่ละกลุ่มมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ และข้อมูลมีความหลากหลาย ดังนั้นการให้ความรู้ควรจัดเป็นข้อมูลสั้นๆ มีการเชื่อมโยงกล่าวซ้ำๆ ในแต่ละส่วนของเนื้อหา และเน้นย้ำส่วนที่สำคัญ (Speros, 2009)

2. มิติการมีส่วนร่วม ควรกำหนดนโยบายทางสังคมและโครงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชากรก่อนวัยสูงอายุในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ

สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ตามสิทธิมนุษยชน อย่างเต็มที่ บนพื้นฐานความสามารถ ความต้องการ ที่ทั้งได้รับคำตอบแทนและไม่ได้รับคำตอบแทนตาม อายุของบุคคลนั้น ดังนี้

2.1 จัดหาโอกาสทางการศึกษาและการเรียนรู้ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (active learning) เนื่องจากข้อจำกัดของวัยในการเรียนรู้ ข้อมูลที่ซับซ้อน การให้ความรู้ต้องใช้ข้อมูลที่เข้าใจ ง่าย ชัดเจน จัดให้มีประสบการณ์ตรง ใช้วิธีการนำเสนอ ที่เข้ากับบริบทของสังคม และใช้เวลาในการนำเสนอ หรือสาธิต และให้มีการปฏิบัติการสาธิตด้วยตนเอง หลังจากการเรียนรู้ กระบวนการนี้จะทำให้ผู้รับ การอบรมมีความมั่นใจในตนเอง เพราะเข้าใจใน การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นและสามารถปฏิบัติได้ (Centers for Disease Control and Prevention, 2009)

2.2 ตระหนักและกระตุ้นการมีส่วนร่วม ของประชากรก่อนวัยสูงอายุในกิจกรรมการพัฒนา ทางเศรษฐกิจ ทั้งงานนอกระบบและไม่เป็นทางการ และกิจกรรมอาสาสมัครตามอายุ ตามความต้องการ ความชอบ และความสามารถของแต่ละคน

2.3 ส่งเสริมให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมิ ส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในครอบครัว และสนับสนุนให้ เกิดความต่อเนื่อง

3. มิติความมั่นคง รวมถึงความปลอดภัย ควร กำหนดนโยบายและโปรแกรมวางแผนและจัดการ ทางการเงิน และทางกายภาพและความปลอดภัย ระดับบุคคล ในขณะที่อายุมากขึ้น ประชากรก่อน วัยสูงอายุควรได้รับความคุ้มครองเกียรติและ ความเอาใจใส่ในกรณีที่ไม่สามารถสนับสนุนและ ปกป้องตนเองได้ ครอบครัวและชุมชนต้องได้รับ การสนับสนุนในการดูแลสมาชิกที่เป็นประชากรก่อน วัยสูงอายุ ดังนี้

3.1 สร้างความมั่นใจในการปกป้องความ ปลอดภัยและศักดิ์ศรีของประชากรก่อนวัยสูงอายุ

โดยการเคารพ ดูแลสิทธิทางสังคม ทางการเงิน การออมเงิน และการวางแผนเรื่องรายได้ เมื่อเข้าสู่ วัยสูงอายุ รวมถึงความมั่นคงทางร่างกายและ ความต้องการของประชากรก่อนวัยสูงอายุ

3.2 ลดความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องสิทธิ ด้านความปลอดภัยและความต้องการความปลอดภัย ของสตรีก่อนวัยสูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็น ผู้สูงอายุคุณภาพ

การเตรียมความพร้อม คือ การเตรียม ความสามารถของร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อ การเปลี่ยนแปลง หรือการเตรียมดำเนินการใน การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการดำเนินชีวิตในระยะ ต่าง ๆ ทั้งนี้ต้องมีปัจจัยระดับบุคคล อันได้แก่ ความตั้งใจ ความสนใจ ความกระตือรือร้นต่อ การกระทำพฤติกรรม ทั้งยังต้องอาศัยแรงจูงใจให้ เกิดการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ และความสำเร็จในการดำรงชีวิต ความพร้อมจึงเป็น การพัฒนาคนให้มีความสามารถในการทำกิจกรรม นั้น ๆ โดย Downing and Thackrey (1971) ได้ แบ่งปัจจัยในการเตรียมความพร้อมไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านกายภาพ (physical factors) ได้แก่ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2. ปัจจัยด้านสติปัญญา (intellectual factors) ได้แก่ การเตรียมความพร้อมด้านสติปัญญา และความสามารถในการรับรู้ปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิด ขึ้นในการแยกแยะ การเห็น การฟัง และความสามารถ ในการตัดสินใจและคิดแก้ปัญหา การถึงพร้อมใน การรับรู้สิ่งที่จะปฏิบัติ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) ได้แก่ การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับ

สภาพทางเศรษฐกิจ ความพอเพียง และโอกาสในการหาประสบการณ์ทางสังคม

4. ปัจจัยด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และบุคลิกภาพ (emotional factor, motivation and personality factors) ได้แก่ การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับความมั่นคงทางอารมณ์ จิตใจ และความต้องการที่จะเรียนรู้ ความพึงพอใจต่อสิ่งที่จะเรียนรู้ หรือสิ่งกระตุ้นต่อการปฏิบัติ

จากปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้น เมื่อผนวกกับแนวคิดเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2005, 2017) คือ การเพิ่มโอกาสในการมีสุขภาพที่ดี ทั้งในมิติสุขภาพ มิติการมีส่วนร่วม และมิติความมั่นคง ซึ่งทั้งสามเสาหลักจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยเงื่อนไขที่จะนำไปสู่ความสำเร็จและบรรลุการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ คือ 1) การตระหนักและยอมรับที่จะกระทำ (realization and made commitment) คือ การตระหนักว่าตนเองมีปัญหาด้านใดและยอมรับที่จะวางแผนลงมือแก้ปัญหาเหล่านั้น ๆ 2) การพึ่งพิงตนเอง (self-reliance) คือ การกระทำกิจกรรมใด ๆ ได้ด้วยตนเอง เน้นการใช้ความสามารถหรือสมรรถนะของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุผล 3) การกระทำเพื่อบุคคลอื่นและช่วยกัน (everyone do and do for everyone) คือ การที่ทุกคนร่วมใจกันทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม และ 4) การกระทำอย่างต่อเนื่อง (do continuously) คือ การกระทำกิจกรรมให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง หากทำได้ สิ่งที่จะตามมาคือความยั่งยืนอีกด้วย (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561)

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และภาระหนี้สิน ซึ่งเพศ อาชีพ รายได้ และภาระหนี้สิน มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมใน

ระดับสูง และปัจจัยที่สนับสนุนการเตรียมความพร้อม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ เงินทอง และบริการจำเป็น เพราะจะทำให้เข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม (นางเยาว์ มีเทียน และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา, 2561) อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีความแตกต่างกันไปตามบริบทพื้นที่ โดยเฉพาะความแตกต่างของพื้นที่เมือง กึ่งเมือง และชนบทที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทั้งยังอาจส่งผลต่อการจัดการในการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมตามคุณลักษณะส่วนบุคคลและตามบริบทวัฒนธรรมพื้นที่ ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนเพื่อปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อให้มีผลดีต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ

การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุ ตามกรอบนโยบายสามเสาหลักของผู้สูงอายุคุณภาพ คือ การดำเนินการในการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับมิติสุขภาพ (health) มิติการมีส่วนร่วม (participation) และมิติความมั่นคง (security) ของประชากรก่อนวัยสูงอายุ การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดของความพร้อม ซึ่งส่วนหนึ่งต้องอาศัยการสร้างเสริมบทบาทของประชากรก่อนวัยสูงอายุ ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเฉพาะ ผลกระทบและการรับรู้ผลของพฤติกรรม รวมทั้งการเพิ่มบทบาทของครอบครัวและบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อช่วยใน

การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ (WHO, 2015) ซึ่งพบว่าประชากรก่อนวัยสูงอายุยังคงต้องการความช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ โดยต้องการให้มีกิจกรรมหรือนโยบายที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและเศรษฐกิจ เพื่อให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีสุขภาพดี ฟังตนเองได้ และมีความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเสนอให้ชุมชนมีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพและการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ มีผู้สาคิต ผู้นำปฏิบัติ รวมถึงมีสื่อความรู้ที่เหมาะสมเข้าใจง่าย สามารถเข้าถึงได้ และนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนกิจกรรมและนโยบายอย่างต่อเนื่อง

การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพในประชากรก่อนวัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2563)

1. ระดับบุคคล ได้แก่ การจัดกิจกรรมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในปัจจุบันและสามารถส่งผลต่ออนาคตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อันได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ กิจกรรมที่กระตุ้นความสามารถ ความตั้งใจ ความมุ่งมั่น การตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย ได้แก่ การจัดการด้านอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธพฤติกรรมสุขภาพทางลบที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ โดยมีความมุ่งมั่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพและความสามารถในการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ 2) ด้านจิตใจ คือ กิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถด้านจิตใจ มีความตั้งใจ ความมุ่งมั่นในการจัดการทางสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจในวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ อันได้แก่ การมีกิจกรรม

เพื่อนช่วยเพื่อนคลายเหงา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคต 3) ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม คือ กิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมความสามารถในการมีส่วนร่วมในสังคมและชุมชน กิจกรรมงานจิตอาสาต่างๆ ในชุมชน รวมถึงการมีความตั้งใจในการแสวงหาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ และ 4) ด้านจิตปัญญา คือ กิจกรรมส่งเสริมความสามารถทางจิตปัญญาในการตัดสินใจเลือกวิธีการเตรียมความพร้อมของตนเองอย่างถูกต้องตามหลักคุณธรรมจริยธรรม โดยมีหลักคิดเป็นแนวทางในการตัดสินใจเพื่อให้ดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

2. ระดับครอบครัว ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมด้วยการสร้างเสริมกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับประชากรก่อนวัยสูงอายุภายในครอบครัว ให้การเกื้อหนุนในการไม่เป็นผู้พึ่งพิงในอนาคต

3. ระดับชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนให้ใช้รูปแบบการดูแลแบบชุมชนเป็นฐาน (community-based care) ด้วยการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในชุมชน ส่งเสริมการอยู่บ้านของตนเองกับครอบครัว ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย อยู่ในชุมชนที่มีลูกหลานญาติพี่น้อง และคนรู้จักอยู่รอบข้าง มีระบบเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน หรือมีชมรมก่อนวัยสูงอายุในชุมชน อันเป็นระบบเครือข่ายความช่วยเหลือ (support network) ที่จะทำให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทั้งนี้ หน่วยงานทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานในการประสานความช่วยเหลือเพื่อเพิ่มความสามารถในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุ จะต้องร่วมส่งเสริมให้เกิดบริการสุขภาพ โดยเพิ่มจำนวนการจัดหน่วยบริการสุขภาพแบบบูรณาการในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะบริการ

สุขภาพที่มีความจำเป็นสำหรับประชากรก่อนวัยสูงอายุ ทั้งนี้อาจใช้ระบบการรวมศูนย์การจัดบริการสุขภาพบางอย่างเพื่อให้ผู้บริการเกิดความเชี่ยวชาญและเป็นเลิศในการจัดบริการสุขภาพด้านการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ทั้งนี้ บริการต้องสอดคล้องกับนโยบายสามเสาหลักของผู้สูงอายุคุณภาพ ดังนี้

ประการที่หนึ่ง คือ การสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพองค์รวม หรือที่เรียกว่า มิติสุขภาพ (health) ดังนี้ 1) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้มีคุณภาพในประชากรก่อนวัยสูงอายุ โดยต้องมีการรวมกลุ่มประชากรก่อนวัยสูงอายุในรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เช่น การก่อตั้งชมรมก่อนวัยสูงอายุ จะเป็นกุญแจสำคัญที่ไขไปสู่ความสำเร็จได้ 2) ด้านการป้องกันและการรักษาโรคที่อาจพบในประชากรก่อนวัยสูงอายุ ควรเน้นที่การมีบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอตามแต่ละพื้นที่ สามารถให้บริการรักษาพยาบาลและแนะนำประชากรก่อนวัยสูงอายุได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ 3) ด้านการฟื้นฟูสภาพ ต้องได้รับการปรับเปลี่ยนกระบวนการบริหารจัดการ ซึ่งปัจจุบันมีอยู่แต่ในโรงพยาบาลใหญ่ๆ การที่ประชากรก่อนวัยสูงอายุจะเข้าถึงบริการนั้น มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบริการฟื้นฟูสภาพและจัดให้มีบริการในโรงพยาบาลท้องถิ่น หรือแถบชนบทต่างๆ ซึ่งในประเทศไทย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (Touhy & Jett, 2012)

ประการที่สอง คือ การกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มในระดับชุมชน หรือที่เรียกว่า มิติการมีส่วนร่วม (participation) ควรเน้นการดำเนินกิจกรรมหรือการจัดบริการเพื่อการเกื้อหนุนระหว่างวัยต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลวัยต่างๆ ในชุมชน การยกย่องให้เกียรติประชากรก่อนวัยสูงอายุที่มีคุณงามความดี เป็นแบบอย่างในการทำประโยชน์

แก่สังคม การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ควรมีนโยบายส่งเสริมให้ชุมชนมีองค์กรของตนเองในการประสานและบูรณาการกิจกรรม/บริการต่างๆ ในแต่ละหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นที่เข้าไปดำเนินการในชุมชน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและสามารถให้บริการแก่ประชากรก่อนวัยสูงอายุในชุมชนได้อย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพ และตรงตามความต้องการของชุมชน เช่น สภาชุมชน ศูนย์อเนกประสงค์ การส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมครอบครัวและชุมชนเข้มแข็ง จะช่วยให้การเตรียมความพร้อมของสังคมในการรับมือกับสังคมผู้สูงอายุทำได้ดีขึ้น โดยมีชมรมก่อนวัยสูงอายุเป็นแกนนำหรือการจัดตั้งโรงเรียนก่อนวัยสูงอายุ เพื่อให้เป็นศูนย์กลางหรือศูนย์รวมของความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพของชุมชนด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เพื่อช่วยให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง

ประการที่สาม คือ การดำเนินการด้านการเสริมสร้างความมั่นคง (security) โดยต้องเริ่มจากการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่จำเป็น โดยเฉพาะประชากรก่อนวัยสูงอายุที่ไม่มีลูกหลานดูแลใกล้ชิด เช่น กรณีเจ็บป่วยเฉียบพลันที่มีความจำเป็นต้องเดินทางไปรับการรักษา จะต้องสามารถพึ่งพาหน่วยงานในพื้นที่ได้ ทั้งนี้ การสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของชุมชน มีผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง เกิดจิตสำนึกที่ดี ร่วมกันดูแลประชากรก่อนวัยสูงอายุในชุมชนร่วมกัน โดยอาจเกิดจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับหลักของ Ottawa Charter ว่าด้วยปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลยุทธ์ Strengthen Community Actions [SCA] (WHO, 2018)

สรุป

การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพในประชากรก่อนวัยสูงอายุมีลักษณะเลยในการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงควรร่วมกันดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุคุณภาพ โดยมุ่งเสริมสร้างให้มีศักยภาพใน 3 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพ โดยควบคุมปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังและการเสื่อมสภาพของการทำงาน มิติการมีส่วนร่วม โดยกำหนดนโยบายทางสังคมและโครงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ และมีทัศนคติความมั่นคง โดยกำหนดนโยบายและโปรแกรมวางแผนและจัดการทางการเงิน ทางกายภาพและความปลอดภัย ซึ่งการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพในประชากรก่อนวัยสูงอายุนั้น ในระดับบุคคล ควรเน้นการจัดกิจกรรมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัจจุบันที่จะส่งผลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ระดับครอบครัว ควรเน้นการสร้างเสริมกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมภายในครอบครัว และระดับชุมชน ควรสนับสนุนให้ใช้รูปแบบการดูแลแบบชุมชนเป็นฐาน ทั้งนี้เพื่อให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีความพร้อมต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคตได้อย่างภาคภูมิใจ

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *นโยบายการกำกับดูแลองค์กรที่ดี*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- นงเยาว์ มีเทียน, และอภิญา วังศรีพิริโยธา. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกึ่งเมือง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 123-131.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2550). *คู่มือผู้สูงอายุ: ฉบับเตรียมตัวก่อนสูงอายุ (เตรียมตัวก่อนเกษียณการงาน)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ภัทรพรหม ทำดี. (2560). ตัวตน สังคม วัฒนธรรม: เงื่อนไขสู่การสูงวัยอย่างมีศักยภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสังคมศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 47(2), 109-131.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (บ.ก.). (2561). *ประเด็นท้าทายและทางแก้สำหรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี*. กรุงเทพฯ: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (บ.ก.). (2563). *การบูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเพื่อการมีอายุยืน*. กรุงเทพฯ: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *ภาวะเศรษฐกิจรายไตรมาสและแนวโน้มเศรษฐกิจไทย ปี 2560*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *Improving health literacy for adults: Expert panel report*. Atlanta: Department of Health and Human Service.
- Downing, J., & Thackrey, D. (1971). *Reading readiness*. University of London Press.
- Selby, P., & Griffiths, A. (1986). *A guide to successful aging: Preparing, Coping and Caring*. Carnforth, Lancashire: Parthenon Publishing.

- Speros, C. I. (2009). More than words: Promoting health literacy in older adults. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3). doi:10.3912.
- Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2012). *Geriatric nursing and healthy aging* (3rd ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Retrieved from file:///C:/Users/Asus/Downloads/WHO-Active-Ageing-Framework%202002.pdf
- World Health Organization. (2005). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health 2015*. Retrieved from <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on aging and health*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2018). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
-

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

The Nurse's Roles in Caring for Older Persons with Dementia

กชกร ฉายากุล, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Kotchakorn Chayakul, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

พรพิกตร์ ชมกลาง, ป.พ.ส.²

Pronpak Chomklang, Dip in Nursing Science²

Received: September 10, 2020 Revised: November 15, 2020 Accepted: December 2, 2020

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับผลกระทบทางสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงปัญหาในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวันจนถึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้น การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นกุญแจสำคัญในการนำมาซึ่งการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการสังเกต ประเมิน และรายงานอาการที่เป็นสัญญาณของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อีกทั้งยังมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนให้การสนับสนุนผู้ดูแลในการส่งเสริมภาวะสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ดังนั้น พยาบาลจึงสามารถทำกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการกับผลกระทบ ร่วมกับการเสนอวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวอย่างเหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล รวมถึงการสนทนาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความวิตกกังวลต่อการเผชิญปัญหาได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ บทบาทพยาบาล

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,2} Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) Email: kotchakotn@knc.ac.th

Abstract

Dementia is one of the major health problems for elderly around the world including Thailand. Older persons with dementia have both physical and mental health effects, including some problems in their activities of daily living up to disability in self-care and need for caregivers. Therefore, the diagnosis of dementia in older persons is the key guide for appropriate medical care. Nurses are healthcare providers who play an important role in the observation, evaluation and reporting signs of dementia in older persons, caring for older persons with dementia, and supporting caregivers in their promoting health conditions for the quality of life in older persons. This is because nurses are likely to have established a therapeutic relationship with older persons with dementia and their families. Therefore, nurses perform health assessment activities, assess the knowledge and understanding of care and impact management. In addition, nurses offer the appropriate approaches of caring for older persons with dementia and their families, as well as provide an effective conversation to reduce anxiety when they face the problems.

Keywords: Dementia, Older person, Nurse's role

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) ในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการของภาวะเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของสมองด้านเชาวน์ปัญญา (cognitive function) และด้านสติปัญญา (intellectual function) ซึ่งครอบคลุมความสามารถในการจำ การรับรู้ การรู้จัก จินตนาการ การคิดคำนวณ การใช้ภาษา การตัดสินใจ ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ แรงจูงใจ พฤติกรรม ความสามารถทางกาย จนรบกวนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ (ัชชาวล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561; สิริกุล การุณเจริณูพาณิชย์, 2558) แม้ว่าภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะพบในผู้สูงอายุ แต่ก็ไม่ใช่เป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2019) รายงานว่า

ทั่วโลกพบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 50 ล้านคน และทุกปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบ 10 ล้านคน โดยโรคอัลไซเมอร์เป็นโรคสมองเสื่อมที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 60-70 ภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของความพิการและการพึ่งพาในผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ รวมทั้งภาวะของครอบครัวหรือผู้ดูแล เช่น การจัดการกิจวัตรประจำวัน การจัดการหรือป้องกันอาการที่ไม่พึงประสงค์ การพาไปตรวจตามนัด (รัชชชัย เชื้อนสมบัติ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2561) และยังส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างทั้งผลกระทบจากค่าใช้จ่ายของรัฐในการดูแลสุขภาพ การช่วยเหลือทางสังคม รวมทั้งค่าเสียโอกาสจากการขาดงาน และผลกระทบทาง

สังคมอื่น ๆ ที่ยากแก่การประเมินเป็นตัวเลขในความเป็นจริง (Prince et al., 2015) โรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนกว่า 6 แสนคน มีภาวะสมองเสื่อม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) หรือพบได้ร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุ โดยมีความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 9.20 และ 6.80 ตามลำดับ) ความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุ กล่าวคือ กลุ่มอายุ 60–69 ปี พบร้อยละ 4.80 กลุ่มอายุ 70–79 ปี พบร้อยละ 7.70 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบถึงร้อยละ 22.60 (วิชัย เอกพลากร, 2559) และมีรายงานบางส่วนที่มีการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในผู้สูงอายุ พบว่ามีภาวะสมองเสื่อมถึงร้อยละ 34.77 โดยมีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรงร้อยละ 17.84 และมีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 17.08 นอกจากนี้ยังพบว่ามีคะแนนสมรรถภาพของสมองในระดับน้อยในด้านความจำ การอ่าน การคำนวณ การระลึกได้ ด้านการลอกเลียน ด้านการเขียน และด้านการจำภาพ โครงสร้างด้วยตา (อุไร ยิ้มแย้ม และฉวีณี แยมสกุล, 2556) จากการคาดการณ์อย่างไม่เป็นทางการของชมรมเครือข่ายนักสื่อสารข้อมูลเชิงลึกแห่งประเทศไทย (2562) รายงานว่าจะพบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า (1 ล้าน 2 แสนคน ในปี 2582) สัมพันธ์กับอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้ว่า ปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุทั้งแหล่งบริการสุขภาพและชุมชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับแนวทางการประเมินภาวะสมองเสื่อม ปัญหาและผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้อ่านนำไปปรับ

ใช้ในการประเมินและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเหมาะสมต่อไป

แนวทางการประเมินภาวะสมองเสื่อม

การตรวจวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมสามารถทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตเบื้องต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจภาพถ่ายรังสีสมอง อย่างไรก็ตาม พยาบาลสามารถประเมินภาวะสมองเสื่อมจากอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนมากได้ นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมที่สามารถนำมาใช้ร่วมเพื่อคัดกรองและประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เป็นแบบทดสอบที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่อประเมินความรุนแรงและติดตามผลการรักษา โดยมีหัวข้อการประเมิน ได้แก่ การรับรู้วัน เวลา และสถานที่ (orientation) การคำนวณ (calculation) การใช้ภาษา (language) การระลึกได้ (recall) และความตั้งใจ (attention) (ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, 2557)

2. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม TMSE (Thai Mental State Examinations) เป็นแบบการตรวจสอบสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ และอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย สามารถใช้เพื่อประเมินความรุนแรงและติดตามผลการรักษาภาวะสมองเสื่อมได้เช่นกัน (ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, 2557)

3. แบบประเมินพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment [MoCA]) เป็นการประเมินความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ

ความจำ ภาษา ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปภาพ ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว (ทัสนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, 2557)

4. แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย (Dementia Screening Test for Thai Elderly [DST]) เป็นแบบคัดกรองที่มีคุณภาพสามารถนำไปใช้ในการค้นหาผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย การทดสอบย่อย 3 ประการ ได้แก่ ความสามารถในการทวนคำในภายหลัง จำนวน 3 คำ การให้วาดเข็มนาฬิกาบอกตำแหน่งเวลาบนหน้าปัดนาฬิกา และการให้ลบเลข (ริติพันธ์ ธานีรัตน์ และคณะ, 2560)

5. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม Mini Cog เป็นแบบประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งพยาบาลสามารถแนะนำให้ประชาชนหรือ อสม. ใช้ประเมินผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารได้ เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ประกอบด้วย การประเมิน 3 การทดสอบ ได้แก่ ความจำระยะสั้นประเภท immediate recall memory การตรวจสมาธิ (concentration) และความจำระยะสั้นประเภท recent recall memory (กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย, 2557)

6. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม IQ code ฉบับย่อ เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม จำนวน 8 ข้อ ซึ่งใช้สอบถามข้อมูลจากญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการสื่อสาร (ทัสนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, 2557)

7. แบบประเมิน NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 12 ข้อ ซึ่งถามถึงพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยจากญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด ได้แก่ ความคิดหลงผิด

(delusions) ประสาทหลอน (hallucination) กระสับกระส่าย (agitation) / ก้าวร้าว (aggression) อารมณ์ซึมเศร้า (depression) วิตกกังวล (anxiety) รู้สึกสบายใจมากกว่าปกติ (euphoria) อารมณ์ครื้นเครง (elation) ไร้อารมณ์ (apathy) พฤติกรรมไม่สามารถยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (irritability) พฤติกรรมทำอะไรแปลกๆ (aberrant motor behavior) รุนวายในช่วงกลางคืน (night-time disturbances) และการกินหรือหิวผิดปกติ (appetite eating disturbances) (ชนิษฐา ตียะพาณิชย์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, และจิรภา แจ่มไพบูลย์, 2561)

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ได้เสนอแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ว่าควรได้รับการตรวจประเมินด้านการรู้คิด (cognition) อย่างน้อยหนึ่งอย่าง โดยใช้ TMSE หรือ MMSE-Thai 2002 ประเมินทุกคน (ทัสนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, 2557) ทั้งนี้ พยาบาลควรประเมินปัญหาและผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและผู้ดูแลร่วมด้วย เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลหรือให้การดูแลที่เหมาะสมในแต่ละคนต่อไป

ปัญหาและผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมมิได้ก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแลอีกด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัญหาและผลกระทบต่อผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงของอาการ อาการแสดง และพฤติกรรมที่สังเกตได้เล็กน้อยจนถึงมาก และทำให้เกิดปัญหาแตกต่างกันตามระยะของโรค ดังนี้ (ชัชวาล วงศ์สารี และ

ศุภลักษณ์ พันทอง, 2561; ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2558; Reed-Guy, 2018)

1. ระยะก่อนสมองเสื่อม (pre-dementia) อาจพบปัญหาความพร้อมทางการเรียนรู้และความจำเล็กน้อย (mild cognitive impairment [MCI]) เป็นอาการเด่น โดยเฉพาะความจำระยะสั้น สังเกตได้จากคนที่ผู้สูงอายุจะพูดซ้ำๆ ระหว่างการสนทนา หลงลืมง่าย เช่น ลืมการนัดหมาย ไม่สามารถจดจำข้อมูลที่เพิ่งเรียนรู้ไป ไม่สามารถรับข้อมูลใหม่ได้ อาจมีการหลงลืมบ่อยครั้ง อาจพบภาวะไร้อารมณ์ มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ภาษาหรือการพูด อาจพบลักษณะไม่สามารถหาคำพูดที่ถูกต้องและเหมาะสมในการเรียกชื่อสิ่งต่างๆ (anomia) จึงใช้วิธีอธิบายเป็นประโยคเพื่อบรรยายลักษณะแทน เช่น นึกคำว่า “กุญแจ” ไม่ได้ จึงพูดว่า “อันที่เป็นพวงๆ ใช้เปิดบ้าน” หรือใช้วิธีบอกสีสิ่งของนั้นแทน ในระยะนี้อาจพบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) กับภาวะการเจ็บป่วยของตนในระดับปานกลางจนถึงระดับมาก ร้อยละ 7 ในขณะที่มากกว่าร้อยละ 90 รู้สึกเป็นตราบาปในระดับเล็กน้อย (นาถชนิกา อาทะวิมล และสุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2561)

2. ระยะรุนแรงเล็กน้อย (mild dementia) อยู่ในช่วง 3-5 ปี ของภาวะสมองเสื่อม มักพบอาการหลงลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น ลืมตำแหน่งที่วางสิ่งของ นึกถึงสถานที่ที่คุ้นเคยไม่ได้ นึกชื่อบุคคลที่เคยรู้จักไม่ได้ ในขณะที่ความจำในอดีตยังคงดีอยู่ อาจมีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคม แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ยังคงมีการตัดสินใจค่อนข้างดี มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น เช่น เจ็บเฉยหรือแยกตัว อาจพบการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มักมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่ลดลง อาจทำให้มีอาการหงุดหงิดง่ายหรืออารมณ์แปรปรวนอย่างรวดเร็วโดยไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน บางคนอาจรู้สึกกลัวการถูกทอดทิ้ง

โดยเฉพาะเมื่อต้องอยู่ตามลำพังหรืออยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย อาจมีการหลงทางหรือวางสิ่งของผิดที่ เนื่องจากมีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ทิศทางเวลา (disorientation) มีพฤติกรรมไม่สอดคล้องกับเวลา เช่น มีพฤติกรรมกลับการตื่นเปลี่ยนแปลง

3. ระยะปานกลาง (moderate dementia) อยู่ในช่วง 5-7 ปี ของภาวะสมองเสื่อม มีการสูญเสียความคิดเชิงนามธรรม (abstraction/ abstract thinking) และมีความผิดปกติเกี่ยวกับการตัดสินใจ (poor judgement) ซึ่งเป็นการสูญเสียกระบวนการคัดแยกคุณลักษณะที่สำคัญออกจากรายละเอียดปลีกย่อยในสิ่งที่พิจารณาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอ โดยผู้สูงอายุจะสูญเสียความคิดรวบยอด (concept formation) ที่จะนำไปใช้ในการเข้าใจสิ่งต่างๆ (generalization) อาจพบการสูญเสียความคิดเชิงเปรียบเทียบ (differentiation) และความสามารถในการคิดเหตุผลเชิงตรรกะ (logical reasoning) ทำให้มีความบกพร่องในความคิดเชิงความสัมพันธ์ ความเข้าใจ การเรียนรู้ การแก้ปัญหา และการตัดสินใจเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการ การวางแผน และการยืดหยุ่น เช่น การตัดสินใจปลุกต้นไม้โดยการโค่นต้นไม้ที่สมบูรณ์เพื่อปลุกต้นใหม่ มีความยากลำบากในการจัดการด้านการเงิน หรือนำทรัพย์สินไปบริจาคจำนวนมากอย่างไม่สมเหตุผล มีปัญหาเกี่ยวกับการจัดระเบียบหรือการแสดงความคิดเห็น ทำอาหารไม่ได้ คำนวณง่ายๆ ไม่ได้ ไม่สามารถใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าหรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่เคยใช้มาก่อน สูญเสียความจำมากขึ้น รวมทั้งสูญเสียความจำในอดีต ลืมชื่อบุคคลในครอบครัว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง อาจพบลักษณะการเรียกชื่อสัตว์/สิ่งของผิด (agnosia) เช่น เรียกแมวว่าหมา เรียกโต๊ะว่าเก้าอี้ จนอาจมีพฤติกรรมใช้สิ่งของที่ตนเรียกตามความเข้าใจ เช่น ใช้หม้อแทนแก้วน้ำ มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ

และพฤติกรรม เช่น เปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับ ในเวลากลางวัน กระสับกระส่ายในเวลากลางคืน มีลักษณะตื่นเต้นและสงสัยในสิ่งที่ไม่เป็นความจริง อาจพบว่ามีอารมณ์เฉยเมย ไม่ตอบสนองทางอารมณ์ ไม่สนใจการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจผู้อื่น แยกตัว หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย บางคนอาจทำร้ายบุคคลในครอบครัวเมื่อถูกขัดใจ อาจคิดหมกมุ่นวนเวียนกับเรื่องเดิมซ้ำ ๆ หรือบ่นเรื่องสุขภาพของตนเอง และพบว่ามีความซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 30 (Kitching, 2015) บางคนอาจสูญเสียความอยากอาหาร หรือลืมว่าหิว จนไม่ได้รับประทานอาหาร ใช้ห้องน้ำไม่เป็น ทำให้ถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะเลอะเทอะ ไม่เป็นที่ อาจพบอาการทางจิต เช่น อาการหลงผิด ซึ่งพบได้ร้อยละ 10-73 โดยเฉพาะชนิดหวาดระแวง (paranoid delusion) เช่น เชื่อว่ามีคนมาขโมยของ มีคนอื่นมาปลอมเป็นคนที่ตัวเองรู้จัก ส่วนอาการประสาทหลอนพบได้ร้อยละ 31-41 เช่น ประสาทหลอนทางการมองเห็น (visual hallucination) ประสาทหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucination) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา (Fischer, 2004; Wilson, Gilley, Bennett, Beckett, & Evans, 2000)

4. ภาวะรุนแรง (severe dementia) หรือระยะสุดท้าย (advanced dementia) อยู่ในช่วง 7-10 ปี ของภาวะสมองเสื่อม ในระยะนี้ ผู้สูงอายุจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สูญเสียความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยจะสูญเสียความทรงจำเก่า ๆ รวมทั้งไม่สามารถจำบุคคลในครอบครัวได้ หรือแม้แต่ชื่อของตนเอง มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง สูญเสียความสามารถในการสื่อสาร บางคนสื่อสารความต้องการไม่ได้ (aphasia) แต่ยังสามารถเข้าใจคำพูดของกลุ่มสนทนาและมีการตอบสนองด้วยการแสดงอารมณ์ บางคนอาจพูดตามคำหรือคำถามที่ได้ยิน แทนการตอบคำถาม (echolalia) เมื่อสนทนา

ด้วย เนื่องจากไม่เข้าใจสิ่งที่ได้ยิน และหากมีอาการมากขึ้นจะพบการพูดซ้ำตามเป็นคำ ๆ (parolalia) หรือพูดตามเฉพาะพยางค์แรกซ้ำ ๆ (logoclonia) ทักษะทางภาษาจะลดลง เหลือเพียงการพูดวลีง่าย ๆ หรือพูดเป็นคำ ๆ จนถึงไม่สามารถพูดได้เลย อาจพบพฤติกรรมก้าวร้าว ในขณะที่ส่วนใหญ่มักแสดงออกถึงภาวะไร้อารมณ์มากกว่า ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้หากขาดผู้ช่วยเหลือ จนถึงขั้นไม่สามารถปฏิบัติได้เลย การเคลื่อนไหวลดลงอย่างมากจนถึงนอนนิ่งอยู่เฉย ๆ ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อย คือ อาการปวด อาการหายใจลำบาก และเสียชีวิตในที่สุด

ปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแล

การเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ นอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านร่างกายร้อยละ 1.50 นับเป็นอันดับ 2 รองจากด้านเวลา (ร้อยละ 12.10) (พาวดี เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) หากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน จะส่งผลให้มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เนื่องจากการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ มีปัญหาการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง (ศิริภาณี ศรีทากาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิต เต็งรัง, 2556) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง (Brodaty & Donkin, 2009)

2. ด้านจิตใจ อารมณ์ ผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านอารมณ์จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (พาวดี เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556)

มีความเครียดและความวิตกกังวลจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเป็นระยะเวลาานาน (Cooper, Balamurali, & Livingston, 2007; Schulz et al., 2004) และการที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจทำให้รู้สึกเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม และรู้สึกโดดเดี่ยว (พาวูฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) จนอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 15.90 (อนุวัศ ศศิภิญโญ, ปุณฺณทริก ศรีสวาท, และสมรภัษ สันติเบญจกุล, 2562) ผู้ดูแลบางคนอาจมีความรู้สึกผิดจากการมีปัญหาลักษณะที่สัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจากเหตุการณ์ทะเลาะหรือโต้เถียงกันด้วยอารมณ์โกรธ เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีอายุน้อยกว่าหรือเป็นบุตรหลาน (บุษรา หิรัญสาโรจน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นพพร ว่องสิริมาศ, และวพรพรรณ เสนาณรงค์, 2563) จึงรู้สึกผิดที่ตนเองแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับบุพการีหรือผู้ที่ควรแสดงความเคารพนับถือ จาก การที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและบางครั้งอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ เป็นเหตุให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอายหรือรู้สึกเป็นตราบาปในระดับเล็กน้อยเกือบร้อยละ 90 ส่วนร้อยละ 10 รู้สึกในระดับปานกลางถึงมาก (นาถชนิกา อาทะวิมล และสุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2561)

3. ด้านสังคม เศรษฐกิจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มักปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อให้เกิดผลกระทบด้านสังคมร้อยละ 2.10 (พาวูฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) ในขณะที่บางคนอาจต้องออกจากงาน ส่งผลให้มีรายได้ลดลงหรืออาจเป็นหนี้เพิ่มขึ้น จากค่าใช้จ่ายในการดูแล นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวจากปัญหาทางการเงิน และการบริหารจัดการภาระการดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Prince et al., 2015) ซึ่งอาจทำให้

รู้สึกเป็นภาระที่หนักปานกลางถึงมากได้มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ดูแล (นาถชนิกา อาทะวิมล และสุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2561)

แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน แต่ในแต่ละปีก็มีจำนวนไม่น้อยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจากผลกระทบที่เกิดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลข้างต้น พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ ดังนั้นจึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของตนให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมต่อไป

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาสุขภาพนั้น ควรให้ความสำคัญกับทัศนคติและทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติที่ดี โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ทัศนีย์ ดันตฤทธิศักดิ์, 2557; Jenkins, Ginesi, & Keenan, 2016; Jurczak, Porzych, & Polak-Szabela, 2014)

1. ตระหนักถึงผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม บทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ การสังเกตและการรายงานอาการที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมให้ได้โดยเร็ว เพื่อนำไปสู่ทางเลือกในการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ดังนั้น พยาบาลต้องทำความเข้าใจถึงผลกระทบและปัญหาที่อาจพบในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ปัญหาการสูญเสียความทรงจำ ต้องไม่บังคับให้จดจำ เพราะจะไม่เกิดผลดี แต่ควรแนะนำให้ใช้สิ่งกระตุ้นเตือนความจำด้วยไดอารี่หรือสมุดบันทึก เพื่อบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น รวมถึงการใช้รูปภาพ คำศัพท์ นาฬิกา และปฏิทินอัตโนมัติ ในระยะ

แรก ๆ อาจส่งเสริมให้ทำกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยการฝึกเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่ไม่เคยทำ เช่น ทำอาหารสูตรใหม่ด้วยตนเอง การไปท่องเที่ยวในสถานที่ใหม่ ๆ กับครอบครัว การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน เช่น ออกเดินพร้อมแกว่งแขนในยามเช้า ซึ่งในการทำกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้สูงอายุ นั้น ควรมีการพูดคุยเป็นระยะ มีการอธิบายสั้น ๆ ให้ทราบว่ากำลังทำอะไร

ในกระบวนการประเมินอาการอาจมีความซับซ้อน เนื่องจากบางปัญหาอาจทำให้เข้าใจว่าเป็นความผิดปกติที่พบโดยทั่วไปในผู้สูงอายุ เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกเหงา การไม่อยากอาหาร การมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะแรกนั้น อาจใช้กิจกรรมทางสังคมที่สร้างความสนุกสนาน ผ่อนคลาย พร้อมทั้งกระตุ้นการทำงานของสมอง ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความวิตกกังวล โดยพยาบาลต้องรับฟังอย่างตั้งใจและร่วมหาทางแก้ปัญหากับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในขณะที่ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุควรสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ไม่ใช่อารมณ์ การชักประวัติและการประเมินปัญหาทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ควรทำอย่างสม่ำเสมอ การเข้ารับคำปรึกษาจากจิตแพทย์มีความจำเป็นในกรณีที่รบกวนกิจวัตรประจำวันและก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้ดูแล

ปัญหาอีกประการหนึ่งที่ควรคำนึงถึง คือ การรู้สึกเป็นตราบบากับการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งในระยะแรกของการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องประเมินการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยดังกล่าวของผู้สูงอายุ ว่ารับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างไร รู้สึกอย่างไร วิตกกังวลในเรื่องใดหรือไม่ คิดว่าจะรับมือกับภาวะนี้อย่างไร จะบอกคนใกล้ชิดว่ามีภาวะนี้หรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การช่วยเหลือ

ด้านการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการปรับมุมมองที่มีต่อการเจ็บป่วยในทางบวก

2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทในการอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยาและผลข้างเคียงให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทราบ นอกจากนี้ พยาบาลควรมีการแนะนำถึงแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมทั้งที่เป็นตัวบุคคลหรือสื่อออนไลน์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสืบค้นหรือซักถามเมื่อมีข้อสงสัยในการใช้ยา พยาบาลควรคำนึงว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีปัญหาในการใช้ยา เนื่องจากความจำระยะสั้นไม่ดี ซึ่งหมายความว่าเขาอาจลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาซ้ำโดยไม่ได้ตั้งใจ ดังนั้น การขอยาที่เหลืออยู่อาจช่วยในการประเมินปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อป้องกันปัญหาในการใช้ยา พยาบาลควรหาวิธีการจัดยาพร้อมกับผู้ดูแล มีการจัดการให้ผู้สูงอายุรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและปลอดภัย มีการตรวจสอบยาที่รับประทานอย่างถูกต้อง และมีการสังเกตผลข้างเคียงต่างๆ รวมทั้งดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุขาดยาในกรณีที่เป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมบางคนอาจปฏิเสธการใช้ยา พยาบาลควรร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร รวมทั้งผู้ดูแล เพื่อหาทางเลือกที่เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ทั้งนี้ อาจมีการตัดสินใจในการใช้ยาอย่างอ่อนโยน เช่น การนำไปใส่ในอาหารหรือเครื่องดื่ม ทั้งนี้ควรทำภายใต้การดูแลของเภสัชกร เพื่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการใช้ยา

3. บทบาทการดูแลด้านสุขภาพ พยาบาลควรร่วมมือกับผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร โดยควรคำนึงถึง

ความปลอดภัยและระยการเจ็บป่วย เช่น ในกรณีที่มีผู้สูงอายุมีปัญหาการสูญเสียความคิดเชิงนามธรรม และมีความผิดปกติเกี่ยวกับการตัดสินใจ พยาบาลต้องไม่ตำหนิ แต่ควรใจเย็น รับฟังความคิดเห็นของเขาอย่างตั้งใจ คำนหาความต้องการจากการแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรม แล้วให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือหาทางลดปัญหาที่เกิดจากการตัดสินใจที่ไม่สมเหตุผลนั้น โดยหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง เปิดโอกาสให้ช่วยเหลือตนเองหรือร่วมตัดสินใจในการทำจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ เช่น การแต่งตัว การเลือกเมนูอาหาร การเลือกลำดับการทำกิจกรรม ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ทิศทาง เวลา ควรมีการจัดตารางกิจกรรมร่วมกับการใช้นาฬิกาบอกเวลา จะช่วยให้การทำกิจกรรมประจำวันดำเนินไปได้ ควรจัดให้มีคนดูแลไม่ปล่อยให้ไปไหนคนเดียว และมีการแนะนำสถานที่บ่อยๆ เพื่อลดปัญหาการหลงทาง ทั้งนี้อาจต้องมีเอกสารแสดงตัวตนติดตัวไว้เสมอ เช่น ป้ายข้อมือป้ายห้อยคอ ที่บ่งบอกว่าผู้สูงอายุเป็นใคร หากพบเห็นสามารถติดต่อใคร อย่างไร

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีปัญหาทางกาย เช่น มีอาการเจ็บปวดของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย แต่ไม่สามารถสื่อสารได้ พยาบาลอาจทำการประเมินความเจ็บปวดได้ยาก แต่สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมบางประการ เช่น การตะโกน การทำสีหน้าบูดบึ้ง หน้านิ้วคิ้วขมวด การส่งเสียงบ่นพึมพำ การกัดฟัน การสะดุ้ง น้ำตาไหล ดังนั้น หากสงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด ควรปรึกษาแพทย์ถึงสาเหตุและการให้ยาระงับปวด สำหรับการประเมินอาการเจ็บปวดในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาในการสื่อสารนั้น อาจต้องอาศัยวิธีการประเมินความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม เช่น การใช้แบบประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Pain Assessment in Advanced Dementia

[PAINAD])

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจพบปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ เช่น ปัญหาด้านโภชนาการ สุขภาพในช่องปาก การเคี้ยว การกลืน เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ดังนั้น พยาบาลควรทำการประเมินปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ หากพบปัญหาเหล่านี้ ควรจัดให้ได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

สำหรับปัญหาทางจิตที่อาจพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ความผิดปกติของความคิดและการรับรู้ ในกรณีนี้ การเข้ารับคำปรึกษาจากจิตแพทย์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษา จะช่วยป้องกันอันตรายต่อผู้สูงอายุและผู้ใกล้ชิดได้

4. ทักษะการดูแลและการสื่อสาร เป็นที่ทราบกันว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ภาษา พยาบาลพึงระลึกว่า แม้ว่าบุคคลนั้นจะไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ แต่พวกเขายังสามารถแสดงความต้องการและอารมณ์ได้ด้วยวิธีอื่น พวกเขาอาจใช้พฤติกรรมการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง และเสียง เพื่อสื่อสารว่าพวกเขาารู้สึกอย่างไรและต้องการอะไร ดังนั้น พยาบาลควรคำนึงถึงความต้องการและภูมิหลังของบุคคลด้วยเสมอ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้อย่างเหมาะสม เมื่อจะทำการประเมินอะไรให้ก็ควรอธิบายสั้นๆ เข้าใจง่าย ให้เวลาในการทำความเข้าใจก่อนลงมือทำเสมอ

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยนับเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล ดังนั้น การสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลความปลอดภัย ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต และด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม พยาบาลจึงควรมีการสื่อสารและทำที่ที่อบอุ่น อ่อนโยน อ่อนน้อม ไม่คุกคามหรือโต้เถียง โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมและคุณค่าของบุคคล ในขณะที่สนทนาควร

อยู่ทางด้านหน้าของผู้ป่วย มีการสบตา ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลแต่ฟังได้ชัดเจน พูดช้าๆ ด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย เป็นลำดับขั้นตอน ไม่ใช่ประโยคที่ยาวหรือซับซ้อนเกินไป อาจต้องพูดซ้ำหรือปรับคำพูดให้เข้าใจ ไม่ควรออกคำสั่ง แต่ใช้ประโยคเชิญชวนแทน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสายตาและการได้ยิน ควรให้ผู้ป่วยสวมแว่นและเครื่องช่วยฟังก่อนเริ่มการสนทนา (ปทุมพร สุอรุณสัมฤทธิ์, 2558)

5. การปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและสร้างความรู้สึกเป็นมิตรเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ที่มีการมองเห็นเสื่อม โดยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม หมายถึง สภาพทางกายภาพ เช่น มีแสงสว่างที่พอเหมาะ มีพื้นผิวที่สะอาด ไม่ลื่น มีการใช้สีตัดกันเพื่อแยกความแตกต่างระหว่างประตูกับพื้นหรือพื้นที่ส่วนอื่น ไม่มีเสียงรบกวน มีอุปกรณ์สำหรับขอความช่วยเหลือ มีการเก็บสิ่งของที่เปื้อนอันตรายเป็นไว้ในที่มิดชิด ทั้งนี้ บรรยากาศและสิ่งแวดลอมเดิม ๆ จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะมองเห็นเสื่อมปรับตัวได้ง่าย โดยเฉพาะในระยะเวลาที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ไม่ควรย้ายเฟอร์นิเจอร์หรือย้ายที่อยู่อาศัย เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสับสนมากขึ้น หากจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง ให้คงสิ่งของที่คุ้นเคยไว้ เช่น ภาพคนในครอบครัว ภาพกิจกรรมที่มีความสุข

นอกจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพแล้ว การจัดสภาพแวดล้อมทางสังคมก็มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะมองเห็นเสื่อมอย่างยิ่ง เนื่องจากมักมีปัญหาการถอนตัวจากงานหรือกิจกรรมทางสังคม ซึ่งสังเกตได้จากการลดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม บางคนอาจกลายเป็นคนเฉื่อยชา นั่งดูทีวีเป็นเวลานานหลายชั่วโมง นอนหลับมากกว่าปกติ หรือหมดความสนใจในการทำงานอดิเรก ดังนั้น การสนทนากับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ การแสดงความชื่นชม ยอมรับ และการกระตุ้นให้ร่วมกิจกรรม

กับคนในครอบครัว จะลดปัญหาเหล่านี้ได้ สำหรับในหอผู้ป่วย สามารถจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมโดยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะทางสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน และการแสดงออกที่เหมาะสม ด้วยกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกาย การปลูกต้นไม้ เป็นต้น (สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์, และทิวาวัน คำบรรลือ, 2561)

6. การสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมองเห็นเสื่อม พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมองเห็นเสื่อม ตลอดจนความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมองเห็นเสื่อมและการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนการปรับเปลี่ยนตารางชีวิต การจัดสรรเวลาในการดูแลกับการประกอบอาชีพและการร่วมกิจกรรมทางสังคมของตนเองอย่างเหมาะสม รวมทั้งการปรับเปลี่ยนวิถีคิด การเข้าใจถึงอาการ อาการแสดง และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ การยอมรับ ทำใจ และปล่อยวางได้ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมองเห็นเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมองเห็นเสื่อม ซึ่งแบ่งตามระยะของภาวะมองเห็นเสื่อม ดังนี้ (ปิติพร สิริทิพากร, 2557; พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, 2561)

1) ระยะก่อนมองเห็นเสื่อม พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง การดำเนินของโรค การรักษา ยาที่ใช้ การดูแลในกรณีที่พบผลข้างเคียงของยา การรักษาโดยไม่ใช้ยา การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและสังคม เพื่อชะลอภาวะมองเห็นเสื่อม และการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการฝึกความจำ การกระตุ้นการทำงานของสมอง เช่น การพูดคุยเหตุการณ์ประจำวันหรือสถานการณ์จากหนังสือพิมพ์หรือบุคคล การเล่นเกม การฟังเพลงที่คุ้นเคย การสวดมนต์ การทำงาน

อดิเรก ทั้งนี้ สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นภาวะที่อาจมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ หรือรวดเร็วแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาการและพฤติกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุมิได้เกิดจากการแกล้งทำหรือตั้งใจต่อต้าน แต่เกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับความทรงจำ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือ สนับสนุนผู้สูงอายุ โดยการเตือนหรือแนะนำเกี่ยวกับชื่อบุคคล สิ่งของ วันเวลา สถานที่ หรือคำพูด (Jurczak, Porzych, & Polak-Szabela, 2014)

2) ระยะเวลาสั้นๆ พยาบาลควรเพิ่มการแนะนำให้เตรียมผู้ดูแลหลัก หากเป็นไปได้ควรมีผู้ดูแลรองด้วย เนื่องจากเป็นการดูแลที่ยาก ซับซ้อน และยาวนาน ดังนั้น การมีผู้ดูแลมากกว่า 1 คน จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถหาเวลาพักผ่อนและดูแลสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้ดูแลยังคงต้องมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและสังคม เพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม และส่งเสริมสุขภาพจิต มีการเฝ้าระวังความปลอดภัย เช่น การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ ตลอดจนการช่วยเหลือให้เข้าถึงสิทธิต่างๆ ที่ควรได้รับ เช่น สิทธิคนพิการ สิทธิเบี้ยยังชีพคนพิการ สิทธิประโยชน์ด้านการดูแล รวมทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจถึงการดำเนินของโรค ปัญหา และแนวทางการดูแล เช่น ปัญหาเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง ซึ่งสามารถชะลอปัญหาได้ด้วยการที่ผู้ดูแลต้องมีการสื่อสารกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ใช้การสื่อสารแรงจูงใจ การชื่นชม และการให้รางวัล เมื่อผู้สูงอายุทำกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจแทนการโต้เถียงหรือตำหนิเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าว

3) ระยะเวลาปานกลาง พยาบาลควรให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดี โดย

กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ แนะนำการจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลในกรณีที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเฝ้าระวังความปลอดภัย เช่น การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ การสื่อสารเกี่ยวกับการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุ และควรประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (caregiver burden) ความรู้สึกเป็นตราบาป ความเครียด ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล และให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม

4) ระยะเวลาหรือระยะสุดท้าย พยาบาลควรเพิ่มการให้ความรู้และฝึกทักษะวิธีการดูแลพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวน ปัสสาวะ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดี เน้นการให้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ การป้องกันการติดเชื้อ การประเมินและการจัดการความเจ็บปวด การกินและการกลืน รวมทั้งควรมีการประเมินและวางแผนร่วมกันเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนตาย (good death) ตามความเชื่อของผู้สูงอายุและญาติ และให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม ตลอดจนประเมินความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้สึกเป็นตราบาป ความเครียด ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล และให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม

7. บทบาทการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พยาบาลมีความใกล้ชิดและเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุและญาติ จึงมีบทบาทสำคัญในการประสานขอความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการติดต่อแต่ละกรณี เช่น แพทย์ทำหน้าที่ประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

เกดซ์กรทำหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา นักกายภาพบำบัดทำหน้าที่ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพ การเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย และการใช้อุปกรณ์การช่วยเหลือ นักกิจกรรมบำบัดทำหน้าที่ออกแบบกิจกรรมที่ช่วยฟื้นฟูทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะเพื่อชดเชยการรับรู้ที่เสื่อมถอยไป ออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาความจำ การรับรู้สภาพความเป็นจริง และจัดโปรแกรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ประเมินความต้องการ การสนับสนุนในการดูแล และประสานกับหน่วยบริการอื่น นักจิตวิทยาทำหน้าที่ให้การดูแลเพื่อปรับปรุงอารมณ์และให้คำปรึกษา ส่วนพยาบาลสุขภาพจิต ชุมชนทำหน้าที่ให้การสนับสนุนและติดตามประเมินความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

8. บทบาทในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจัดเป็นการพยาบาลในกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละบริบทของสถานบริการ มีความจำเป็นในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการเก็บรวบรวมข้อมูล การทบทวนปัญหา สถานการณ์ และความต้องการ การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ผู้สูงอายุ และญาติ ในการวางแผน และกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่องและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (สนธยา มณีรัตน์ และสุมณฑา บุญชัย, 2558)

สรุป

ประเทศไทยนับวันจะมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ปัญหาสุขภาพหนึ่งที่สำคัญ คือ ภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้โดยเร็วจะช่วยให้สามารถให้การช่วยเหลือและการรักษาอย่างเหมาะสม รวมทั้งชะลอปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมได้ ดังนั้น พยาบาลควรมีทักษะในการประเมินอาการและอาการแสดงทั้งจากการสังเกต และการสัมภาษณ์ โดยเลือกใช้แบบประเมินที่เหมาะสม ตลอดจนสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล อสม. และบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นได้ ทั้งนี้ พยาบาลควรเข้าใจปัญหาและผลกระทบที่อาจพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล แม้ว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะอยู่ในความดูแลของครอบครัว แต่เมื่อโรคดำเนินไประยะหนึ่ง อาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจบทบาทในการส่งเสริมและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของผู้ดูแลด้วย ทั้งนี้ พยาบาลต้องมีความอดทน เอาใจใส่ และมีความไวต่อปฏิกริยาของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ด้วยการมีทักษะการฟัง และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ที่ช่วยให้ค้นหาความต้องการในการรับความช่วยเหลือ ตลอดจนหาแนวทางการพัฒนาการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย. (2557).

คู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สำหรับผู้ดูแล. สืบค้นจาก <http://online.pubhtml5.com/gxnm/oati/>

- ชัชวาล ดียะพานิชย์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, และจิรภา แจ่มไพบูลย์. (2561). ความชุกและความเสี่ยงในการล้มในผู้ที่มีภาวะพุทพธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยและภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *Chulalongkorn Medical Journal*, 62(5), 799–813. สืบค้นจาก http://clmjourn.org/_fileupload/journal/452-2-6.pdf
- ชมรมเครือข่ายนักสื่อสารข้อมูลเชิงลึกแห่งประเทศไทย. (2562). *ประเทศไทย พร้อมหรือยัง? ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เพิ่มจำนวนต่อเนื่อง ขาดความเข้าใจ ขาดแพทย์ วิกฤติชาติ*. สืบค้นจาก <https://public.tableau.com/profile/maxnadul#!/vizhome/TDJ-health/Section-1>
- ชัชวาล วงศ์สารี, และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 22(43–44), 166–179. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/article/view/146873>
- ธนุวัศ ศศิภิญโญ, ปุณชกร ศรีสวาท, และสมรภัทร์ สันติเบญจกุล. (2562). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *Chulalongkorn Medical Bulletin*, 1(2), 177–189. สืบค้นจาก <file:///C:/Users/Asus/Downloads/167312-Article%20Text-500282-1-10-20190307.pdf>
- ทัศนีย์ ตันดิถุทธศักดิ์. (บ.ก.). (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติ ภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา. สืบค้นจาก <http://doh.hpc.go.th/data/academic/57dementia.pdf>
- รัชชชัย เตือนสมบัติ, ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 233–241. สืบค้นจาก <http://www.bcnu.ac.th/research/attachments/documents/2561/2561-7.pdf>
- ธิตินันท์ ธานีรัตน์, อุบุญรัตน์ ฐีรราช, บุญลือ เพ็ชรรักรักษ์, ปิยนุช กิมเสาว์, ขวัญชนก หงษ์ชูเกียรติ, และบุญธรรม ดิดวง. (2560). การพัฒนาเครื่องมือแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(2), 177–186. สืบค้นจาก http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/62-2/09_Thitiphan.pdf
- นาถชนิกา อาทะวิมล, และสุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2561). การรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *Chulalongkorn Medical Journal*, 62(2), 223–237. สืบค้นจาก http://clmjourn.org/_fileupload/journal/406-5-10.pdf
- บุษรา หิรัญสาโรจน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นพพร ว่องลิริมาศ, และวพรรณ เสนาณรงค์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2), 85–98. สืบค้นจาก <file:///C:/Users/Asus/Downloads/209360-Article%20Text-832032-1-10-20200507.pdf>
- ปทุมพร สุอรุณสัมฤทธิ์. (2558). *การสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม*. สืบค้นจาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1196>

- ปีติพร สิริทิพากร. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล. *วารสารพยาบาล*, 63(4), 12-19. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/47072>
- พัฒนศรี ศรีสุวรรณ. (2561). แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม. *วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(3), 27-35. สืบค้นจาก https://med.mahidol.ac.th/nursing/ACNER/admin/file_doc/20191202092113.พัฒนศรี%20ศรีสุวรรณ
- พาวุฒิ เมฆวิชัย, และสุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 101-110. สืบค้นจาก <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-1/09-Pawut.pdf>
- วิชัย เอกพลากร. (บ.ก.). (2559). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/7711>
- ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. (2556). *รายงานผลการวิจัยเรื่อง ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. สืบค้นจาก <http://164.115.27.97/digital/files/original/eccae20356e5df62398430c430a17b43.pdf>
- ศิริกุล การณเจริญพาณิชย์. (2558). ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ทำทนายของพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 1-12. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/36148>
- สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์, และทิภาวัน คำบรรลือ. (2561). การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ และจิตใจ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 1-9. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHR/issue/download/12613/Vol12No2>
- สนธยา มณีรัตน์, และสุมณฑา บุญชัย. (2558). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 2(1), 52-62. สืบค้นจาก <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pnuhuso/article/view/53508>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). *พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/49850.html>
- อุไร ยิ้มยิ้ม, และฉวีณี เข้มสกุล. (2556). การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นของผู้สูงอายุในอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 9(1), 29-37. สืบค้นจาก http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/9-1-56.pdf

- Brody, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. Dialogues in clinical. *Neuroscience*, 11(2), 217–228. Retrieved from <http://europepmc.org/article/MED/19585957>
- Cooper, C., Balamurali, T. B. S., & Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 175–195. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/6789680>
- Fischer, C. (2004). Delusion in Alzheimer's disease: A literature review. *The Canadian Alzheimer Disease Review*, 7(1), 11–15. Retrieved from http://www.stacommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/april2004e/AD%20Review-April%202004.pdf
- Jenkins, C., Ginesi, L., & Keenan, B. (2016). The Nurse's role in caring for people with dementia. *Nursing Times*, 112 (27/28), 20–23. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/306291423_
- Jurczak, W., Porzych, K., & Polak-Szabela, A. (2014). Nurse's role in taking care of a patient with Alzheimer's disease. *Medical and Biological Sciences*, 28(2), 5–10. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.12775/MBS.2014.014>
- Kitching, D. (2015). Depression in dementia. *Australian Prescriber*, 38(6), 209–211. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4674029/pdf/austprescr-38-209.pdf>
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G-C., Wu, Y-T., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer report 2015. The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International (ADI). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/281555306_
- Reed-Guy, L. (2018). *The stages of dementia*. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/dementia/stages>
- Schulz, R., Belle, S. H., Czaja, S. J., McGinnis, K. A., Stevens, A., & Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *JAMA*, 292(8), 916–967. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15328328/>
- Wilson, R., Gilley, D., Bennett, D., Beckett, L., & Evans, D. (2000). Hallucination, delusions, and cognitive decline in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 69(2), 172–177. Retrieved from <https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/69/2/172.full.pdf>

World Health Organization. (2019). *Dementia*.
Retrieved from [https://www.who.int/
news-room/fact-sheets/detail/dementia](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจในการลด

การบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลในวัยรุ่น

Application of Theory of Planned Behavior and Reduction

Sugar-sweetened Beverages Behaviors Intention in Adolescents

วิลาสินี ทงสันถน์, ภ.ม. (เภสัชกรชุมชน)¹

Wilasinee Hongsanun, M.Pharm (Community Pharmacy)¹

นิธรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ป.ศ. (สาธารณสุขศาสตร์)²

Nithra Kitreerawutiwong, Ph.D. (Public Health)²

Received: October 5, 2020 Revised: November 3, 2020 Accepted: November 3, 2020

บทคัดย่อ

โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายหลักของโลกในปัจจุบัน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคเรื้อรังมาจากพฤติกรรมเสี่ยงในระดับบุคคล ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะนำไปสู่การลดลงของอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเป็นส่วนหนึ่งของการนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบได้ทั่วโลก และมีจำนวนผู้ป่วยโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้นทุกปี นอกจากนี้ แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลพบมากในวัยรุ่น จึงควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล สอดคล้องกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า เจตคติต่อเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจลดการดื่มเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยวัยรุ่นเป็นวัย

¹ เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

¹ Pharmacist, Professional Level, Sukhothai Provincial Public Health Office

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: wilasineeh61@nu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

ที่ให้ความสำคัญกับบุคคลรอบตัว โดยเฉพาะผู้ปกครองและเพื่อน และยังเป็นวัยที่สามารถควบคุม การกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ดังนั้น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนจะช่วย ส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดความตั้งใจในการลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล ซึ่งจะส่งผลให้มี สุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: เครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม วัยรุ่น

Abstract

Chronic diseases are the major cause of death currently. Mostly of individual health risk behaviors are contribute to the development of chronic diseases. Therefore, behavior modification will lead to decrease the prevalence of chronic disease. Inappropriate diet-related chronic disease effect to chronic diseases especially obesity which occurs worldwide and increasing continually. In addition, the trend in sugar-sweetened beverages (SSB) intake among adolescents increased. Therefore, behavior modification in reducing SSB need to be considered. In consonant with the literature, it was found that attitude toward SSB, subjective norms, and perceived behavioral control had positive relationships with the intention in reducing SSB intake. It was in line with the Theory of Planned Behavior (TPB). Adolescent is a period that are surrounded by parent, guardian, and friends. Moreover, adolescent can construct self-control. Thus, an application of TPB will promote adolescents to intent for decreasing SSB that will lead them to have a good health.

Keywords: Sugar-sweetened beverages, Theory of Planned Behavior, Behavior modification, Behavior intention, Adolescent

บทนำ

การป้องกันโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน ทำได้โดยการจำกัดพลังงานที่ได้จากไขมันและน้ำตาล เพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ และการออกกำลังกาย

เป็นประจำ (World Health Organization [WHO], 2018) การควบคุมอาหารเป็นการจำกัดในขั้นตอนแรก ของการรับพลังงานไม่ให้มากเกินไปจนเกิดความจำเป็นของ ร่างกาย จึงเห็นผลของการลดน้ำหนักได้ภายในระยะ

เวลาอันสั้น (Johns, Hartmann-Boyce, Jebb, & Aveyard, 2014) การควบคุมอาหารควรเริ่มตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายการได้รับแคลอรีให้ลดลง รวมถึงลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล (sugar-sweetened beverages [SSB]) ซึ่งการบริโภค SSB มีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น ผู้ที่ดื่มน้ำตาล 4 หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเป็น 2.45 เท่า ของผู้ที่ดื่ม 0.50 หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์ (Yuzbashian, Asghari, Mirmiran, Zadeh-Vakili, & Azizi, 2016) ผู้ที่ดื่ม SSB มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไขมันพอกตับเป็น 1.56 เท่า (Ma et al., 2015) ผู้หญิงอายุมากกว่า 55 ปี ที่ดื่มน้ำอัดลมมากกว่า 1 หน่วยบริโภคต่อวัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็น 2.62 เท่า ของผู้หญิงที่ดื่มน้อยกว่า 1 หน่วยบริโภคต่อวัน (Hu et al., 2014) และผู้ที่ดื่ม SSB 3 ครั้งขึ้นไปต่อวัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเป็น 1.33 เท่า ของผู้ที่ไม่ดื่ม ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้โรคอ้วนและฟันผุเป็นผลลัพธ์หลักที่เกิดจากการบริโภคน้ำตาลที่มากเกินไป (WHO, 2015) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค SSB จึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับความสนใจจากทั่วโลก ประเทศไทยมีนโยบาย มาตรการ หรือโครงการต่างๆ ในการลดการบริโภค SSB ในระดับมหภาค เช่น การเก็บภาษีตามปริมาณน้ำตาลที่มีในเครื่องดื่ม (กรมสรรพสามิต, 2560) ในระดับกลาง เช่น โครงการโรงเรียนปลอดน้ำตาล (กรมอนามัย, 2560) ในระดับองค์กร มีการจำกัดการเข้าถึงแหล่งบริโภคหรือแหล่งจำหน่าย SSB ส่วนในระดับบุคคล มีการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2560) สำหรับในวัยรุ่น การบริโภค SSB ที่เพิ่มขึ้นเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การไม่มีความตระหนักใน

การบริโภค SSB (Park, Onufrak, Sherry, & Blanck, 2014) คนรอบข้างที่มีอิทธิพล (Watts et al., 2018) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อความตั้งใจและความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรม ทั้งนี้ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior [TPB]) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม เจตคติ ความเชื่อ และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม โดยมีสมมติฐานว่า ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (behavioral intention) เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะเป็นตัวกำหนดให้มีการกระทำพฤติกรรม (Ajzen, 1991) หากบุคคลมีเจตคติต่อพฤติกรรมเชิงบวก มีการคล้อยตามการสนับสนุนของบุคคลที่ตนเห็นว่าสำคัญ และมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง จะกระทำพฤติกรรมเชิงบวกนั้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภค SSB ผลกระทบจากการบริโภค SSB นโยบายและมาตรการในการลดการบริโภค SSB แนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ผู้อ่านได้แนวทางในการส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดความตั้งใจในการลดการบริโภค SSB ต่อไป

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยาม เครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล (SBB) ว่าหมายถึง เครื่องดื่มที่มีการเติมน้ำตาลอิสระ (free sugar) ซึ่งเป็นน้ำตาลทั้งชนิดโมเลกุลเดี่ยวและโมเลกุลคู่ที่ถูกเติมในระหว่างกระบวนการผลิต และน้ำตาลที่มีอยู่ตามธรรมชาติในน้ำผึ้ง น้ำเชื่อม น้ำผลไม้คั้น และน้ำผลไม้เข้มข้น (WHO, 2014a, 2015) และศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความหมายของ SSB ไว้ว่า เครื่องดื่มที่ผสมสารให้ความหวานที่ให้พลังงาน

ได้แก่ น้ำอัดลม น้ำผลไม้ เครื่องดื่มเกลือแร่ (sports drinks) เครื่องดื่มที่ให้พลังงาน (energy drinks) นมที่มีรสหวาน รวมถึงชา กาแฟที่เติมน้ำตาล (Centers for Disease Control and Prevention, 2010)

SSB ได้รับความนิยมในการบริโภคทั่วโลก (Mojto et al., 2019) ในสหรัฐอเมริกาพบว่า วัยรุ่นมีการดื่ม SSB สูง (Bleich & Vercammen, 2018) และมีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอายุ 12-18 ปี มีการบริโภคน้ำตาลเฉลี่ยต่อวันสูงสุด จากการดื่ม SSB เป็นอันดับ 1 (ร้อยละ 42) และจากการบริโภคอาหารประเภทเบเกอรี่ที่มีรสหวาน เป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 11.80) (O'Neil, Nicklas, & Fulgoni, 2018)

สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลของคนไทย ในปี 2555 พบว่า ช่วงอายุ 10-35 ปี ดื่ม SSB ทุกวัน ร้อยละ 23.50 (ปิยะดา ประเสริฐสม, 2559) จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรในกลุ่มอายุ 6-14 ปี และ 15-24 ปี ในปี 2556 และ 2560 พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีการดื่ม SSB เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 41.40 และ 61.30 ตามลำดับ เป็นร้อยละ 71.30 และ 83.70 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557, 2560) และจากการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560 พบว่า วัยรุ่นอายุ 15 ปี ดื่มน้ำอัดลมทุกวันถึงร้อยละ 14.10 (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า กลุ่มอายุในช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นกลุ่มที่บริโภค SSB เป็นประจำและต่อเนื่อง และมีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังนั้นบุคคลกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ในอนาคตหากยังไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค SSB อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า พฤติกรรมการบริโภค SSB เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (WHO, 2014b)

ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบริโภค SSB เป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลกถึง 184,000 คน/ปี (Singh et al., 2015) และทำให้มีโอกาสเกิดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขของทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2017 พบว่า โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโลก (ร้อยละ 73) โดยผู้ป่วยมักเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (WHO, 2019)

การบริโภค SSB มีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนทั้งในเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ (Bleich & Vercammen, 2018; Luger et al., 2018) นอกจากนี้ยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Papier et al., 2017) ฟันผุ (Bleich & Vercammen, 2018) โรคซึมเศร้า (Hu, Cheng, & Jiang, 2019) โรคไตเรื้อรัง (Yuzbashian et al., 2016) ไขมันพอกตับ (Ma et al., 2015) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Hu et al., 2014) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Fung et al., 2009) โรคความดันโลหิตสูง (de Boer, de Rooij, Olthof, & Vrijkotte, 2018) การเกิดพยาธิสภาพของโรคอัลไซเมอร์ในระยะก่อนมีอาการ (Pase et al., 2017) และการเกิดสิ่วระดับปานกลางถึงรุนแรง (Huang et al., 2018) จะเห็นได้ว่ามีการค้นพบโอกาสเสี่ยงจากการบริโภค SSB ที่จะส่งผลให้เกิดโรคต่างๆ หลายโรค จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในช่วงก่อนปี ค.ศ. 2007 พบผลกระทบจากการบริโภค SSB น้อย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของบริษัทอุตสาหกรรมผู้ผลิตเครื่องดื่มในการศึกษาเหล่านั้น จึงนำไปสู่การจัดกิจกรรมทางสาธารณสุขที่ล่าช้า (Litman, Gortmaker, Ebbeling, & Ludwig, 2018)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การบริโภค SSB มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเรื้อรังหลายโรค ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า การบริโภคน้ำตาลที่มากเกินไปส่งผลทำให้เกิดโรคอ้วนและฟันผุ (WHO, 2015) ซึ่งทั้ง 2 โรคนี้ เป็นปัญหาของทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในวัยเด็ก (Kassebaum et al., 2017; WHO, 2016) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคตั้งแต่วัยเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถือเป็น การป้องกันโรคในระยะที่ 1 (primary prevention) ซึ่งเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าก่อนที่จะเกิดโรคเรื้อรัง ในอนาคต นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการบริโภคน้ำตาลสำหรับเด็ก และผู้ใหญ่ และแนะนำให้แต่ละประเทศมีการส่งเสริมสุขภาพโดยให้เด็กลดการบริโภค SSB (WHO, 2015) จากคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ประเทศต่างๆ ได้มีการกำหนดนโยบาย มาตรการ เพื่อให้ประชาชน ลดการบริโภค SSB

นโยบายและมาตรการในการลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล

นโยบายและมาตรการในการลดการบริโภค SSB สามารถแปลงสู่การปฏิบัติเป็นโครงการหรือ กิจกรรมต่างๆ โดยใช้หลายวิธีการ ตัวอย่างที่พบใน ต่างประเทศ เช่น ออสเตรเลีย มีการจัดเก็บภาษี น้ำอัดลมจำกัดการจำหน่ายในโรงเรียน จำกัด การโฆษณา SSB ในเด็ก มีการทำฉลากอาหารโดยใช้ สัญลักษณ์รูปดาว (Health Star Rating System) (Australian Medical Association [AMA], 2016; Hafekost, Mitrou, Lawrence, & Zubrick, 2011) ส่วนฝรั่งเศส มีการห้ามติดตั้งตู้จำหน่ายเครื่องดื่ม อัดโน้มัตในโรงเรียนและมหาวิทยาลัย ซึ่งสามารถ ลดการบริโภคน้ำตาลได้ 10–12 กรัม/วัน และในปี ค.ศ. 2012 เริ่มมีการเก็บภาษีตามปริมาณน้ำตาล ในเครื่องดื่ม (World Cancer Research Fund

International [WCRF International], 2015) สำหรับสหรัฐอเมริกา ที่เมืองนิวยอร์ก มีโปรแกรม ร้านค้าสุขภาพ (shop healthy NYC) ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มของร้านค้า ห้างสรรพสินค้า เพื่อจัด สภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเลือกซื้อ ผลิตภัณฑ์ที่ดีต่อสุขภาพของลูกค้า โดยมีกิจกรรม ได้แก่ การจัดวางสินค้าให้เครื่องดื่มที่มีแคลอรีต่ำ และน้ำดื่มอยู่ในระดับสายตาเพิ่มมากขึ้น การจัดให้มี สินค้าที่ดีต่อสุขภาพให้เลือกซื้อเพิ่มมากขึ้น การจัด โฆษณาสินค้าที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การลดการโฆษณาเครื่องดื่ม SSB และการเพิ่ม การโฆษณาน้ำดื่ม ซึ่งถูกสำรวจละ 64 เห็นว่าสภาพ แวดล้อมเหล่านี้ช่วยให้ตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ ที่ดีต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (WCRF International, 2015) นอกจากนี้ ที่เมืองลอสแอนเจลิสยังมีการณรงค์แคมเปญการสร้างความตระหนักต่อ สาธารณชน ชื่อ “sugar packs” ในสื่อต่างๆ ทั่วเมือง รวมถึงสื่อสังคม เพื่อแสดงให้เห็นถึงปริมาณน้ำตาล ในเครื่องดื่มชนิดต่างๆ อย่างชัดเจน พบว่า ผู้ที่ พบเห็นสื่อร้อยละ 60 ต้องการลดการบริโภค SSB (Barragan et al., 2014)

สำหรับประเทศไทย มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการลดการบริโภค SSB ได้แก่ การเก็บภาษีตาม ปริมาณน้ำตาลที่มีในเครื่องดื่ม การใช้สัญลักษณ์ ทางเลือกเพื่อสุขภาพ โครงการโรงเรียนอ่อนหวาน โรงอาหารอ่อนหวาน โครงการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม โครงการ อย.น้อย โครงการให้สุขศึกษา การจัดการเรียน เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการในวิชาสุขศึกษา (กรมสรรพสามิต, 2560; กรมอนามัย, 2560) จะ เห็นได้ว่า การดำเนินการต่างๆ เพื่อให้เกิดการลด การบริโภค SSB การดำเนินการในระดับประเทศ มีการประกาศใช้เป็นกฎหมายการเก็บภาษีตาม ปริมาณน้ำตาลที่มีในเครื่องดื่ม การทำสัญลักษณ์ ทางเลือกเพื่อสุขภาพ การควบคุมการโฆษณา ส่วนใน

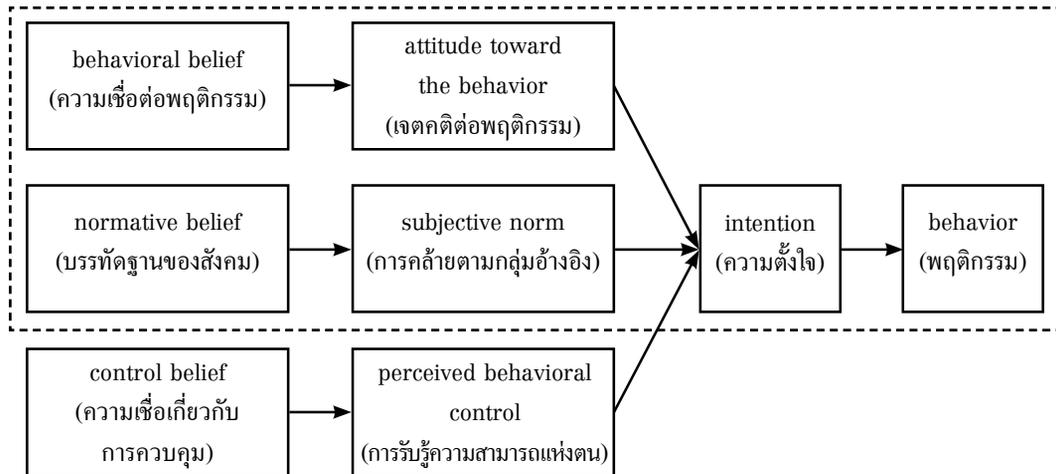
ระดับองค์กร มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่เน้นโรงเรียนเป็นหลัก มีการจัดการเข้าถึงแหล่งบริโภคหรือแหล่งจำหน่าย SSB เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะโครงการที่จัดในโรงเรียน อย่างไรก็ตาม การลดการบริโภค SSB เป็นพฤติกรรมที่ต้องการเห็นผลการเปลี่ยนแปลงจากตัวบุคคลเป็นสำคัญ เช่น การสร้างทัศนคติต่อการบริโภค SSB หรือการสร้างความตั้งใจในการลดการบริโภค SSB ดังนั้น การออกแบบกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ จึงควรรนำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในระดับบุคคลเข้ามาช่วยออกแบบ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและปัญหา รวมถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา อันจะทำให้การออกแบบกิจกรรมหรือโครงการนั้นๆ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Glanz & Rimer, 2005)

แนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior [TPB]) เป็นทฤษฎีในระดับบุคคลที่พัฒนาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, 1967) ซึ่งทฤษฎีทั้งสองทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเจตคติ ความเชื่อ และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม โดยมีสมมติฐานว่า ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะเป็นตัวกำหนดให้มีการกระทำพฤติกรรม ซึ่งทฤษฎีพฤติกรรมตาม

แผนได้อธิบายว่า ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมได้รับผลมาจากเจตคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมนั้น และมีความเชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองหรือมีอิทธิพลต่อตนเองจะเห็นชอบในพฤติกรรมที่จะกระทำ ซึ่งเรียกว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) ซึ่งทฤษฎีทั้งสองทฤษฎีนี้เชื่อว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลทางอ้อม เช่น สิ่งแวดล้อม ที่อธิบายถึงเหตุผลของการกระทำพฤติกรรมนั้น

ต่อมาในปี ค.ศ. 1991 Ajzen ได้เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavior control) ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (control belief) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived power) และพัฒนาเป็นทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ซึ่งองค์ประกอบที่เพิ่มเติมจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) โดยองค์ประกอบนี้ได้ถูกเพิ่มเติมเพื่อมาอธิบายว่า ในบางสถานการณ์ บุคคลไม่อาจควบคุมให้ตนเองกระทำพฤติกรรมนั้นได้ แต่หากบุคคลรับรู้ว่าจะตนเองสามารถควบคุมให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้ จะมีความพยายามมากขึ้นในการกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งองค์ประกอบนี้มีอิทธิพลอย่างสูงต่อการกระทำพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



หมายเหตุ: องค์ประกอบในกรอบเส้นประ = องค์ประกอบของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

แผนภาพที่ 1 องค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
(ดัดแปลงจาก Theory of Planned Behavior Diagram ของ Ajzen [2019])

จากแผนภาพที่ 1 ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (behavioral intention) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม (behavior) ซึ่งความตั้งใจได้รับผลมาจากเจตคติต่อพฤติกรรม (attitude toward behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) และการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) ซึ่งเจตคติได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อต่อพฤติกรรม (behavioral beliefs) ร่วมกับการประเมินคุณค่าต่อพฤติกรรม (evaluation of behavioral outcomes) ในขณะที่การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อที่มีต่อบรรทัดฐานของสังคม (normative

beliefs) ร่วมกับแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตาม (motivation to comply) นอกจากนี้ การรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมพฤติกรรมได้รับอิทธิพลจากการรับรู้เกี่ยวกับพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ (perceived power) ร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (control beliefs) (Glanz & Rimer, 2005)

องค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตน และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม มีความหมายและตัวอย่างการนำไปใช้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความหมายและตัวอย่างการนำองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไปใช้

องค์ประกอบของทฤษฎี TPB	ความหมายและตัวอย่างการนำไปใช้
<p>เจตคติต่อพฤติกรรม (attitude toward behavior)</p>	<p>ความหมาย: ความรู้สึกหรือการรับรู้คุณค่าเชิงบวกหรือเชิงลบของการกระทำนั้น เป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลในทางกระตุ้นหรือต่อต้านการกระทำนั้น ซึ่งหากบุคคลมีเจตคติที่ดีหรือเชิงบวกต่อการกระทำพฤติกรรมมากเท่าใด บุคคลก็就会有ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น แต่หากบุคคลมีเจตคติที่ไม่ดีหรือเชิงลบต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลก็就会有ความตั้งใจที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น (Ajzen & Fishbein, 1980) ตัวอย่าง: เด็กนักเรียนต้องการที่จะดื่มน้ำเปล่าทดแทน SSB เนื่องจากเห็นว่าน้ำเปล่ามีประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่า SSB</p>
<p>การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm)</p>	<p>ความหมาย: การรับรู้ถึงอิทธิพลของบุคคลอื่นที่มีผลต่อความเชื่อและแรงจูงใจที่จะคล้อยตามให้ทำพฤติกรรมนั้น โดยบุคคลดังกล่าวต้องมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ว่าต้องการหรือไม่ต้องการให้กระทำพฤติกรรม กลุ่มอ้างอิงจะมีอิทธิพลต่อการกระทำมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสำคัญต่อบุคคลนั้น ซึ่งกลุ่มอ้างอิงจะแตกต่างกันไปตามประชากรและพฤติกรรมที่ศึกษา (Ajzen & Fishbein, 1980) ตัวอย่าง: การดื่ม SSB ของเด็กนักเรียน – กลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลได้แก่ ครู บิดามารดา และเพื่อน</p>
<p>การรับรู้ความสามารถแห่งตน (perceived behavioral control)</p>	<p>ความหมาย: ความรู้สึกว่าการกระทำนั้นเป็นการง่ายหรือยากที่จะกระทำ ความรู้สึกนี้เกิดจากปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมหรือขัดขวางและประสบการณ์ในอดีต จะแปรผันตามสถานการณ์และการกระทำ เช่น โอกาส เวลา สิ่งแวดล้อมรอบตัว (Ajzen, 1991) ตัวอย่าง: เด็กนักเรียนรู้สึกว่าเป็นการยากที่จะลดการดื่ม SSB เนื่องจากพบเห็นสื่อโฆษณาเชิญชวนให้ดื่มทุกวัน</p>

ตารางที่ 1 ความหมายและตัวอย่างการนำองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไปใช้ (ต่อ)

องค์ประกอบของทฤษฎี TPB	ความหมายและตัวอย่างการนำไปใช้
<p>ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (behavioral intention)</p>	<p>ความหมาย: ความต้องการหรือความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถแห่งตน ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญแตกต่างกันไปตามลักษณะของพฤติกรรมที่ศึกษา ดังนั้น ความตั้งใจจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ต้องพิจารณาจากรายละเอียดของทุกองค์ประกอบด้วย (Ajzen, 1991)</p> <p>ตัวอย่าง: เด็กนักเรียนมีความตั้งใจที่จะดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เนื่องจากเห็นว่าน้ำเปล่ามีความจำเป็นและมีประโยชน์ต่อร่างกาย และมีผู้ปกครองคอยส่งเสริมให้ดื่มน้ำเปล่ามากกว่า SSB และเด็กนักเรียนรับรู้ว่าการดื่มน้ำเปล่าเป็นเรื่องที่ทำได้ง่ายหาซื้อได้สะดวก</p>

ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีความแตกต่างที่เพิ่มเติมมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งหากพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถควบคุมได้อย่างเต็มที่ ความตั้งใจอย่างเดียวก็น่าเพียงพอที่จะทำนายการเกิดพฤติกรรมนั้นได้ กล่าวคือ หากบุคคลมีความตั้งใจอย่างมากในการกระทำพฤติกรรม จะยังมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ในขณะที่เดียวกัน หากบุคคลไม่สามารถควบคุมให้เกิดพฤติกรรมได้ทั้งหมด อาจทำให้ความตั้งใจอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะทำนายการเกิดพฤติกรรมนั้นได้อย่างแม่นยำ เนื่องจากอาจมีปัจจัยบางอย่างเข้ามามีอิทธิพลในแต่ละสถานการณ์ เช่น วัยรุ่นที่มีความตั้งใจในการลดการบริโภค SSB ระดับน้อย และในขณะนั้นมีการโฆษณาเครื่องดื่ม SSB ที่ห้อยอดนิยมนำกำลังจัดโปรโมชันเพื่อกระตุ้น

ยอดขาย ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการลดการบริโภคได้นอกจากนี้ ระยะห่างในการวัดความตั้งใจและการวัดพฤติกรรม มีความสำคัญในการทำนายการเกิดพฤติกรรมนั้นเช่นกัน กล่าวคือ หากระยะเวลาในการวัดความตั้งใจสั้น เช่น ความตั้งใจในการลดการบริโภค SSB ภายใน 1 สัปดาห์ สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมได้แม่นยำสูงกว่าระยะเวลาที่มากขึ้น เช่น ความตั้งใจในการลดการบริโภค SSB ภายใน 1 ปี อาจไม่สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมนั้นได้อย่างแม่นยำมากนัก (Ajzen & Fishbein, 1980)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่ว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมต่างๆ ต้องผ่านกระบวนการของความตั้งใจ โดยได้รับอิทธิพล

มาจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) เจตคติต่อพฤติกรรม 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ 3) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมนั้น ทั้งนี้มีหลายการศึกษาที่นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไปใช้ในการออกแบบวิธีการจัดกระทำ ทั้งกิจกรรมในโรงเรียนและในชุมชน เพื่อลดการบริโภค SSB และพบว่า ผู้ที่มีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงการบริโภค SSB มีแนวโน้มที่จะลดการบริโภค SSB ได้จริง เช่น การศึกษาของ Ezendam, Brug, and Oenema (2012) ที่นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมทางอินเทอร์เน็ต โดยศึกษาในเด็กนักเรียนอายุ 12-13 ปี ในโรงเรียนมัธยมศึกษา โดยมุ่งเน้นให้เกิดความตั้งใจในการลดการบริโภค SSB ผ่านบทเรียนออนไลน์และงานที่ได้รับมอบหมาย สร้างความตั้งใจ ตั้งเป้าหมาย วางแผนในการลดการบริโภค SSB หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองสามารถลดการบริโภค SSB ได้มากกว่า 400 มล./วัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลา 4 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Zoellner et al. (2014) ที่นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาออกแบบกิจกรรมต่างๆ มีชื่อว่า SIPsmartER intervention เพื่อให้คนในชุมชนลดการบริโภค SSB โดยมีกิจกรรมให้เรียนรู้คำแนะนำในการบริโภค SSB และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ การเลือกเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพที่มีน้ำตาลน้อย การฝึกคำนวณพลังงานและปริมาณน้ำตาลที่ได้รับจาก SSB การกล่าวอ้างของโฆษณา การอ่านฉลากโภชนาการ การคำนวณค่าใช้จ่ายจากการบริโภค SSB การวางแผนและตั้งเป้าหมายในการลดการบริโภค SSB โดยมีระบบติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมายในการลดการบริโภค SSB ตามที่ได้ตั้งใจไว้ พบว่า ผู้ที่เข้าร่วม SIPsmartER intervention สามารถลดการบริโภค SSB ได้มากกว่าผู้ที่เข้าร่วม MoveMore intervention

ที่ระยะเวลา 6 เดือน

สำหรับประเทศไทย มีการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมต่างๆ แต่ยังไม่พบการนำทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการลดการบริโภค SSB ในวัยรุ่น โดยพบเพียงในบางโปรแกรม เช่น โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการจับทบาทสมมติ การชมวิดีโอคลิป การให้คู่มือการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบันทึกกิจกรรม และการอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยผู้วิจัยมีการให้ความรู้ มีการกระตุ้นเตือนโดยผู้ปกครองและครูในโรงเรียน และมีการบันทึกเพื่อประเมินผล ในระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนและค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้ ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่ม ด้านการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรม และด้านความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อดิศักดิ์ พลະสาร และรุจิรา ดวงสงค์, 2554)

นอกจากนี้ยังมีการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมลดความอ้วนของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยจัดกิจกรรม 8 ครั้ง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้ ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ บรรยายเรื่องสถานการณ์โรคอ้วน ผลกระทบ ความรุนแรงในอนาคต ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 จัดกิจกรรมส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อการลดความอ้วน โดยระดมสมองเรื่อง ความอ้วนส่งผลอย่างไรต่อชีวิต ชมวิดีโอทัศน์เรื่อง มหัศจรรย์โรคอ้วน มีการเล่าประสบการณ์การลดความอ้วนด้วยบุคคลต้นแบบ กำหนดเป้าหมาย และสร้างความตั้งใจในการลดความอ้วนให้ได้ตามบุคคลต้นแบบ ครั้งที่ 4 จัดกิจกรรมการส่งเสริม

การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง โดยการวางแผนเลือกกลุ่มอ้างอิงให้ตนเอง บรรยายเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ บทบาทหน้าที่ที่สำคัญของกลุ่มอ้างอิงครั้งที่ 5-8 จัดกิจกรรมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการลดความอ้วน บรรยายเรื่อง คำแนะนำในการบริโภคอาหารจากคู่มือการลดความอ้วน ตามตารางอาหารที่ควรกิน การบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง (self-report) เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากเมนูที่เลือกรับประทาน จากนั้นให้คะแนนความถูกต้อง และให้รางวัลแก่ผู้ที่มีคะแนนสูงสุด จัดกิจกรรมออกกำลังกาย “ลิงกั๊ดฟุง” และมีการติดตามผลการเลือกรับประทานอาหาร และการแข่งขันเกมลิงกั๊ดฟุงจากสมุดบันทึก พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนเจตคติ การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และพฤติกรรมลดความอ้วน ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถลดน้ำหนักได้เฉลี่ย 0.87 กิโลกรัม (พิมพ์พิศา พันธุ์มณี และสมคิด ปรายภักย์, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดย Vezina-Im et al. (2017) พบว่า งานวิจัยร้อยละ 61.50 มีการนำทฤษฎีมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมต่างๆ ในโรงเรียน ซึ่งสามารถลดการบริโภค SSB ในเด็กวัยรุ่นได้ โดยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนถูกนำมาใช้เป็นอันดับสอง ทั้งนี้ ในการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาใช้ในการลดการบริโภค SSB ในโรงเรียนนั้น ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขหรือครูในโรงเรียนควรออกแบบในการสำรวจความเชื่อ เจตคติ และความตั้งใจในการลดการบริโภค SSB ซึ่งสามารถใช้ข้อคำถามในประเด็นต่างๆ ที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เช่น “ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณได้ดื่ม SSB กี่ครั้ง/สัปดาห์ และจำนวนเท่าใด”

(องค์ประกอบพฤติกรรม) “คุณคิดว่าภายใน 1 เดือน คุณมีความตั้งใจที่จะลดการดื่ม SSB เป็นเท่าใด” (องค์ประกอบความตั้งใจ) “คุณมีความเชื่อว่าการดื่ม SSB มีผลเสียต่อร่างกายในระยะยาว” (องค์ประกอบเจตคติต่อพฤติกรรม) “พ่อแม่ของคุณต้องการให้คุณลดการดื่ม SSB” (องค์ประกอบคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง) และ “หากคุณไม่ดื่ม SSB ในระหว่างวัน คุณจะรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดีให้แก่ร่างกาย” (องค์ประกอบการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรม) เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว นำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปว่าปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการบริโภค SSB จากนั้นออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับกลุ่มที่ศึกษา เพื่อสร้างเจตคติที่ดีต่อการลดการบริโภค SSB (attitude toward behavior) ซึ่งไม่ใช่เจตคติต่อการลดการเกิดโรค (attitude toward the object) ด้วยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการบริโภค SSB คือ ไม่อ้วน ไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในอนาคต มีการประเมินการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง และสนับสนุนให้กลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน เพื่อให้นักเรียนมีความตั้งใจที่จะลดการบริโภค SSB

อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีข้อจำกัดบางประการในการนำมาประยุกต์ใช้ เช่น ผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ประสิทธิภาพในอดีต ภาวะอารมณ์ ที่สามารถส่งผลต่อความตั้งใจที่จะลดการบริโภค SSB นอกจากนี้ จากทฤษฎีไม่ได้กล่าวถึงความตั้งใจกับช่วงระยะเวลาที่จะเกิดพฤติกรรม ซึ่งอาจใช้เวลาในการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภค (Wayne, 2019) ดังนั้น การที่จะทำให้เกิดความตั้งใจที่นำไปสู่การลดการบริโภค SSB ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจึงควรมีการกระตุ้นเตือนและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผลจาก

การจัดกิจกรรมที่ออกแบบตามทฤษฎีนั้นยังคงอยู่ และสามารถส่งผลให้เกิดสุขภาพที่ดีเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

สรุป

การเริ่มต้นแก้ปัญหาทางสุขภาพในวัยรุ่น โดยเริ่มจากการลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการลดปัญหาการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคต โดยจะต้องมีการดำเนินการควบคุมกันไปในส่วนนโยบาย มาตรการ กฎหมาย การควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล ซึ่งหากดำเนินการในระดับบุคคลที่โรงเรียนจะถือเป็นการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียน แนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถนำไปใช้ในการทำนายเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล การออกแบบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวข้องกับความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อเจตคติและต่อพฤติกรรม อันนำไปสู่การกระทำพฤติกรรม ดังนั้น แนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนจึงสามารถนำไปใช้ในระดับบุคคล เพื่อออกแบบและพัฒนากระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้อาจนำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วย เนื่องจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวของวัยรุ่นมีความสำคัญต่อการบริโภค SSB เช่นกัน ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นมีภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต และสังคมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสรรพสามิต. (2560). *กฎหมายที่เกี่ยวข้อง พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต 2560*. สืบค้นจาก <https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/dwnt/mze5/~edisp/uatucm319919.htm>
- กรมอนามัย. (2560). *รายงานประจำปี กรมอนามัย 2560*. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- ปิยะดา ประเสริฐสม. (2559). พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลของคนไทยที่มีอายุ 10–35 ปี พ.ศ. 2555. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 39(2), 90–102.
- พิมพ์พิศา พันธุ์มณี, และสมคิด ปราบภัย. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมลดความอ้วนโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารการพยาบาล*, 19(2), 13–23.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2560). *การพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียน อ ย.น้อย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

- สำนักทันตสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- อดิศักดิ์ พลเสาร, และรุจิรา ดวงสงค์. (2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ตำบลหม้อชัยพัฒนา อำเภอหม้อชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัย มข.*, 11(1), 83–92.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Ajzen, I. (2019). *Theory of Planned Behavior Diagram*. Retrieved from <https://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Michigan: Prentice-Hall.
- Australian Medical Association. (2016). *Position Statement on Obesity-2016*. Retrieved from <https://ama.com.au/position-statement/obesity-2016>
- Barragan, N. C., Noller, A. J., Robles, B., Gase, L. N., Leighs, M. S., Bogert, S., . . . Kuo, T. (2014). The “sugar pack” health marketing campaign in Los-Angeles County, 2011–2012. *Health Promotion Practice*, 15(2), 208–216. doi:10.1177/1524839913507280
- Bleich, S. N., & Vercammen, K. A. (2018). The negative impact of sugar-sweetened beverages on children’s health: An update of the literature. *BMC Obesity*, 5(1), 6. doi:10.1186/s40608-017-0178-9
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *The CDC guide for strategies for reducing sugar-sweetened beverage consumption*. Retrieved from <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/51532>
- de Boer, E. C., de Rooij, S. R., Olthof, M. R., & Vrijlkotte, T. G. M. (2018). Sugar-sweetened beverages intake is associated with blood pressure and sympathetic nervous system activation in children. *Clinical Nutrition ESPEN*, 28, 232–235. doi:<https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.08.020>
- Ezendam, N. P., Brug, J., & Oenema, A. (2012). Evaluation of the Web-based computer-tailored FATaintPHAT intervention to promote energy balance among adolescents: Results from a school cluster randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(3), 248–255.
- Fishbein, M. (1967). *Readings in attitude theory and measurement*. Oxford: Wiley.

- Fung, T. T., Malik, V., Rexrode, K. M., Manson, J. E., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2009). Sweetened beverage consumption and risk of coronary heart disease in women. *American Society for Clinical Nutrition*, *89*(4), 1037–1042. doi:10.3945/ajcn.2008.27140
- Glanz, K., & Rimer, B. K. (2005). *Theory at a glance: A guide for health promotion practice*. San Francisco: National Cancer Institute.
- Hafekost, K., Mitrou, F., Lawrence, D., & Zubrick, S. R. (2011). Sugar sweetened beverage consumption by Australian children: Implications for public health strategy. *BMC Public Health*, *11*, 950–950. doi:10.1186/1471-2458-11-950
- Hu, D., Cheng, L., & Jiang, W. (2019). Sugar-sweetened beverages consumption and the risk of depression: A meta-analysis of observational studies. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 348–355. doi:https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.015
- Hu, Y., Costenbader, K. H., Gao, X., Al-Daabil, M., Sparks, J. A., Solomon, D. H., . . . Lu, B. (2014). Sugar-sweetened soda consumption and risk of developing rheumatoid arthritis in women. *American Society for Clinical Nutrition*, *100*(3), 959–967. doi:10.3945/ajcn.114.086918
- Huang, X., Zhang, J., Li, J., Zhao, S., Xiao, Y., Huang, Y., . . . Shen, M. (2018). Daily intake of soft drinks and moderate-to-severe acne vulgaris in Chinese adolescents. *The Journal of Pediatrics*, *204*, 256–262. doi:https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.034
- Johns, D. J., Hartmann-Boyce, J., Jebb, S. A., & Aveyard, P. (2014). Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: A systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *114*(10), 1557–1568. doi:10.1016/j.jand.2014.07.005
- Kassebaum, N. J., Smith, A. G. C., Bernabe, E., Fleming, T. D., Reynolds, A. E., Vos, T., . . . Marcenes, W. (2017). Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990–2015: A systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. *Journal of Dental Research*, *96*(4), 380–387. doi:10.1177/0022034517693566
- Litman, E. A., Gortmaker, S. L., Ebbeling, C. B., & Ludwig, D. S. (2018). Source of bias in sugar-sweetened beverage research: A systematic review. *Public Health Nutrition*, *21*(12), 2345–2350. doi:10.1017/S1368980018000575

- Luger, M., Winzer, E., Lafontan, M., Bes-Rastrollo, M., Yumuk, V., & Farpour-Lambert, N. (2018). Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: A systematic review from 2013 to 2015 and a comparison with previous studies. *Obesity Facts*, *10*(6), 674–693. doi:10.1159/000484566
- Ma, J., Fox, C. S., Jacques, P. F., Speliotes, E. K., Hoffmann, U., Smith, C. E., . . . McKeown, N. M. (2015). Sugar-sweetened beverage, diet soda, and fatty liver disease in the Framingham Heart Study cohorts. *Journal of Hepatology*, *63*(2), 462–469. doi:https://doi.org/10.1016/j.jhep.2015.03.032
- Mojto, V., Singh, R. B., Gvozdjakova, A., Mojtoová, M., Kucharská, J., Jaglan, P., . . . Takahashi, T. (2019). Chapter 17 - Dietary sugar intake and risk of noncommunicable diseases. In R. B. Singh, R. R. Watson, & T. Takahashi (Eds.), *The role of functional food security in global health* (pp. 287–299). San Diego: Elsevier Science.
- O'Neil, C. E., Nicklas, T. A., & Fulgoni, V. L. (2018). Food sources of energy and nutrients of public health concern and nutrients to limit with a focus on milk and other dairy foods in children 2 to 18 years of age: National health and nutrition examination survey, 2011–2014. *Nutrients*, *10*(8), 1050–1077. doi:10.3390/nu10081050
- Papier, K., D'Este, C., Bain, C., Banwell, C., Seubsman, S., Sleight, A., & Jordan, S. (2017). Consumption of sugar-sweetened beverages and type 2 diabetes incidence in Thai adults: Results from an 8-year prospective study. *Nutrition & Diabetes*, *7*(6), e283. doi:10.1038/nutd.2017.27
- Park, S., Onufrak, S., Sherry, B., & Blanck, H. M. (2014). The relationship between health-related knowledge and sugar-sweetened beverage intake among US adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *114*(7), 1059–1066. doi:https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.11.003
- Pase, M. P., Himali, J. J., Jacques, P. F., DeCarli, C., Satizabal, C. L., Aparicio, H., . . . Seshadri, S. (2017). Sugary beverage intake and preclinical Alzheimer's disease in the community. *Alzheimer's & Dementia*, *13*(9), 955–964. doi:10.1016/j.jalz.2017.01.024
- Singh, G. M., Micha, R., Khatibzadeh, S., Lim, S., Ezzati, M., & Mozaffarian, D. (2015). Estimated global, regional, and national disease burdens related to sugar-sweetened beverage consumption in 2010. *Circulation*, *132*(8), 639–666. doi:10.1161/circulationaha.114.010636

- Vezina-Im, L. A., Beaulieu, D., Belanger-Gravel, A., Boucher, D., Sirois, C., Dugas, M., & Provencher, V. (2017). Efficacy of school-based interventions aimed at decreasing sugar-sweetened beverage consumption among adolescents: A systematic review. *Public Health Nutrition*, 20(13), 2416–2431. doi:10.1017/S1368980017000076
- Watts, A. W., Miller, J., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., Story, M. T., & Neumark-Sztainer, D. (2018). Multicontextual correlates of adolescent sugar-sweetened beverage intake. *Eating Behaviors*, 30, 42–48. doi:https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.04.003
- Wayne, W. L. (2019). *Limitations of the theory of planned behavior*. Retrieve from https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchangetheories/BehavioralChangeTheories3.html#headingtaglink_3
- World Cancer Research Fund International. (2015). *Curbing global sugar consumption effective food policy actions to help promote healthy diets and tackle obesity*. Retrieved from <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Curbing-Global-Sugar-Consumption.pdf>
- World Health Organization. (2014a). *Reducing consumption of sugar-sweetened beverages to reduce the risk of childhood overweight and obesity biological, behavioural and contextual rationale*. Retrieved from https://www.who.int/elena/bbc/ssbs_childhood_obesity/en/
- World Health Organization. (2014b). *Report of the first meeting of the Ad hoc Working Group on Science and Evidence for Ending Childhood Obesity*. Retrieved from <https://www.who.int/end-childhood-obesity/echo-final-report-august-2014.pdf>
- World Health Organization. (2015). *Guideline sugars intake for adults and children*. Retrieved from https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/en/
- World Health Organization. (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Retrieved from <https://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/en/>
- World Health Organization. (2018). *Obesity and overweight*. Retrieved from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- World Health Organization. (2019). *Reducing free sugars intake in adults to reduce the risk of noncommunicable diseases*. Retrieved from <http://www.who.int/elena/titles/free-sugars-adults-ncds/en/>
- Yuzbashian, E., Asghari, G., Mirmiran, P., Zadeh-Vakili, A., & Azizi, F. (2016). Sugar-sweetened beverage consumption and risk of incident chronic kidney disease: Tehran lipid and glucose study. *Nephrology (Carlton)*, *21*(7), 608–616. doi:10.1111/nep.12646
- Zoellner, J., Chen, Y., Davy, B., You, W., Hedrick, V., Corsi, T., & Estabrooks, P. (2014). Talking health, a pragmatic randomized-controlled health literacy trial targeting sugar-sweetened beverage consumption among adults: Rationale, design & methods. *Contemporary Clinical Trials*, *37*(1), 43–57. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.11.003>
-

บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลป้องกันโรคฟันผุสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน

Parents' Roles in Caring for Dental Caries among Preschool Children

สุภา คำมะฤกษ์, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)¹

Supa Khammarit, M.N.S. (Pediatric Nursing)¹

Received: August 11, 2019 Revised: November 18, 2020 Accepted: November 30, 2020

บทคัดย่อ

โรคฟันผุเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญในเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งปัญหาการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนส่งผลให้เด็กมีความเจ็บปวด การเคี้ยวอาหารไม่มีประสิทธิภาพ การรับประทานอาหารลดน้อยลง และอาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร โรคฟันผุไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายเด็กเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการพัฒนากล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและช่องปาก ตลอดจนการเจริญของกระดูกขากรรไกร ทำให้เด็กมีการออกเสียงที่ผิดปกติ สูญเสียความมั่นใจ สูญเสียฟันก่อนกำหนด และมีผลต่อการขึ้นของฟันแท้อีกด้วย โรคฟันผุเกิดขึ้นได้บ่อยในเด็กวัยนี้เนื่องจากเด็กช่วยเหลือตนเองได้น้อย ไม่ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ผู้ปกครองจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน แต่จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนมากที่สุด คือ ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ปกครอง ดังนั้น การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนจึงมีความสำคัญ โดยควรเริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีทันตสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: เด็กวัยก่อนเรียน พฤติกรรมของผู้ปกครอง โรคฟันผุ การดูแลสุขภาพช่องปาก

¹ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute, E-mail: nunuynurse@gmail.com

Abstract

Dental caries is a major problem of oral health among preschool children. Dental caries leads to several problems, including pain, ineffective chewing food, less eating, and these problems may result in malnutrition. Not only does dental caries impact the child's growth, but it also results in the development of the muscles of face and oral cavity as well as the jawbone's growth. Consequently, children may have abnormal pronunciation, lose confidence, premature teeth loss, and abnormal permanent teeth eruption. Dental caries frequently occurs in preschool children because they have minimal capacities in self-care and inattention to care oral health. Therefore, parents who are important to help the reduction of dental caries among preschool children. Previous studies reported that parents' factors affecting oral health among preschool children included appropriate knowledge, understanding, and behavior. Therefore, providing knowledge and understanding of parents in caring for oral health among preschool children is important. This should early begin in childhood in order to have a good dental health when they grow up to adulthood.

Keywords: Preschool children, Parents behavior, Dental caries, Oral health care

บทนำ

เด็กเป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในทุก ๆ ด้าน สุขภาพอนามัยที่ดีจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะทันตสุขภาพซึ่งเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพอนามัย การที่เด็กมีทันตสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคในช่องปาก และฟันทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ จะช่วยส่งผลให้เด็กมีสุขภาพอนามัยที่ดีด้วย (นิลบล เบ็ญจกุล, 2558) วัยก่อนเรียนเป็นช่วงวัยที่เด็กกำลังมีการเจริญเติบโต และมีความก้าวหน้าของพัฒนาการค่อนข้างสูง เด็กในช่วงวัยนี้จะมีการขึ้นของฟันน้ำนมครบทุกซี่ ซึ่งฟันน้ำนมเป็นฟันชุดแรกที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของเด็กวัยก่อนเรียน แต่เด็กวัยนี้ยังไม่ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

แม้ว่าจะมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อที่ดีขึ้น สามารถหยิบมือไปมาเพื่อแปรงฟันเองได้ แต่ยังไม่สามารถแปรงฟันได้สะอาดทั่วถึงมากพอ จึงมักมีปัญหาที่พบได้บ่อย คือ โรคฟันผุ (dental caries) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนด โรคฟันผุเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและการดำรงชีวิตของเด็กหลายประการ กล่าวคือ ทำให้เด็กมีความเจ็บปวด ส่งผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร เด็กจึงรับประทานอาหารได้ลดน้อยลง และยังส่งผลต่อพัฒนาการของขากรรไกร ตลอดจนการเรียงตัวของฟันแท้ที่จะขึ้นมาแทนที่ฟันน้ำนม รวมถึงรบกวนการนอนหลับของเด็ก ปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลต่อน้ำหนักตัว การเจริญเติบโต และคุณภาพชีวิตของเด็กเป็นอย่างมาก (อุดมพร รักเถาว์ และจารุวรรณ วงษ์เวช,

2558; Sheiham, 2006) โดยโรคฟันผุในฟันน้ำนม จะลุกลามจนถึงโพรงประสาทฟันได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากความหนาของเคลือบฟันและเนื้อฟันน้อยกว่าฟันแท้ (สิทธิชัย ชุนทองแก้ว, 2552) ปัจจุบันยังมีผู้ปกครองจำนวนหนึ่งไม่เคยแปรงฟันให้บุตรหลาน เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น ไม่ทราบว่าการปล่อยให้ฟันน้ำนมผุอาจมีผลกระทบต่อไปขัดขวางการเจริญเติบโต พัฒนาการ และสติปัญญาของเด็กได้ คิดว่าฟันน้ำนมไม่สำคัญ อยู่ในช่องปากไม่นานเดี๋ยวก็หลุดและมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่ หรือไม่ทราบว่าควรแปรงฟันให้เด็ก หรือทราบว่าควรแปรงฟันให้เด็กแต่ไม่ทราบว่าแปรงอย่างไร ควรเริ่มแปรงเมื่อใด และต้องแปรงถึงเมื่อใด รวมทั้งขาดทักษะในการแปรงฟันที่ถูกต้อง ไม่เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ เมื่อเด็กต่อต้านก็ยอมแพ้ (สุพรรณิ ศรีวิริยกุล และชมณัญญ์ เชื้อชัยทัศน์, 2556) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน ระยะของโรคฟันผุและแนวทางการดูแลรักษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน และบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลป้องกันฟันผุสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุต่อไป

สถานการณ์ปัญหาการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2561) พบว่าเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นขอบปีแรกที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ มีฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 31.10 มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 52.90 มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอน อุด (dmft) 2.80 ซี่/คน และมีประสพการณ์การสูญเสียฟันร้อยละ 2.30 นอกจากนี้ยังพบว่า เด็ก

อายุ 3 ปี มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 52 หรือเฉลี่ย 2.70 ซี่/คน โดยพบว่า ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 44.10 ปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง และเมื่อเด็กโตขึ้นพบว่า ในกลุ่มอายุ 5 ปี เด็กถูกปล่อยให้แปรงฟันเองถึงร้อยละ 80.40 มีเพียงร้อยละ 14.40 ที่ผู้ปกครองยังคงแปรงให้ เด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีพฤติกรรมการดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านถึงร้อยละ 44.50 และ 47.60 ตามลำดับ โดยเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 39.50 ใช้ขวดนมเมื่ออยู่ที่บ้าน และมีเด็กอายุ 5 ปี อีกร้อยละ 11.90 ที่ยังคงดื่มนมจากขวด จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุที่รุนแรงได้ หากเป็นโรคฟันผุเรื้อรังอาจนำมาซึ่งการอักเสบในหู (otitis media) ร่วมด้วย และอาจเกิดโรคหัวใจในเด็กได้ เนื่องจากภายในช่องปากมีเชื้อโรคหลายชนิด โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อ Streptococcus เมื่อเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด จะผ่านเข้าไปถึงหัวใจ ในผู้ที่เป็โรคหัวใจหรือมีความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือดบริเวณหัวใจ เช่น มีการไหลกระแทกของเลือดผิดปกติ เกิดเป็นผนังหัวใจที่ขรุขระและเกิดปฏิกิริยาการจับตัวของเกล็ดเลือด โดยมีเชื้อ Streptococcus นี้ผสมเข้าไปด้วย ทำให้เกิดเป็นก้อนเชื้อในช่องหัวใจ โดยเฉพาะที่เยื่อบุลิ้นหัวใจ ก้อนเชื้อเหล่านี้จะกัทำลายลิ้นหัวใจ ที่พบบ่อย คือ ตำแหน่ง aortic valve และ mitral valve ส่งผลให้ลิ้นหัวใจทำงานผิดปกติจนเกิดลิ้นหัวใจรั่ว (ขนิษฐา ลายลักษณ์ดำรง, 2558) ซึ่งหากมีการตรวจพบโรคฟันผุในระยะแรก เด็กจะได้รับการดูแลรักษาไม่ให้เกิดการลุกลามของโรคได้

ระยะของโรคฟันผุและแนวทางการดูแลรักษา

โรคฟันผุแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การผุในชั้นเคลือบฟัน เป็นระยะที่ยังไม่เห็นรูผุบนฟัน จะเห็นเคลือบฟันมีลักษณะ

เป็นรอยขาวขุ่น หรือเป็นจุดสีน้ำตาล โดยไม่มีอาการใดๆ เกิดจากการสูญเสียแร่ธาตุจากตัวฟันมากกว่า การคืนกลับแร่ธาตุ แต่ยังไม่มากจนเกิดเป็นรูผุ (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2554; เมธินี คุปพิทยานันท์ และสุพรรณิ ศรีวิริยกุล, 2555; วราภรณ์ บุญเชียง, 2557)

ระยะที่ 2 การผุถึงชั้นเนื้อฟัน แต่ไม่ถึงโพรงประสาทฟัน เป็นระยะที่เห็นรูผุบนฟันชัดเจน เพราะเกิดหลุมหรือโพรงบนผิวฟันและเนื้อฟัน ซึ่งอาจเห็นได้โดยตรง หรือเป็นเงามืดใต้เคลือบฟัน เป็นระยะที่มีการสูญเสียแร่ธาตุอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งมีการทำลายโครงสร้างของฟัน เกิดเป็นรูผุขึ้น อาจไม่มีอาการ หรือมีอาการเสียวฟัน ปวดฟัน หาก

ไม่ได้รับการรักษา อาจลุกลามจนทะลุโพรงประสาทฟันได้ (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2554; เมธินี คุปพิทยานันท์ และสุพรรณิ ศรีวิริยกุล, 2555; วราภรณ์ บุญเชียง, 2557)

ระยะที่ 3 การผุลุกลามถึงโพรงประสาทฟัน จะทำให้มีอาการปวดฟันมาก เชื้อโรคอาจลุกลาม เกิดฝีที่ปลายรากฟัน รวมทั้งอาจลุกลามไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียง ทำให้ใบหน้า ลำคอ บวม เจ็บปวดมาก บางครั้งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต (เมธินี คุปพิทยานันท์ และสุพรรณิ ศรีวิริยกุล, 2555)

ระยะของโรคฟันผุ แสดงในภาพที่ 1-3



ระยะที่ 1: ขุ่นขาวบริเวณเคลือบฟันหรือหลุมร่องฟัน



ระยะที่ 2: เริ่มมีอาการปวดฟัน เสียวฟัน เวลาเสวยอาหารติด



ระยะที่ 3: ปวดฟัน ประสาทฟันอักเสบ ร่วมกับการอักเสบของเหงือก มีหนอง

ภาพที่ 1-3 ระยะของโรคฟันผุ (ที่มา: วรณัน ประพันธ์ศิลป์, 2561)

สำหรับแนวทางการดูแลรักษาโรคฟันผุ แบ่งตามระยะของโรค ได้ดังนี้ (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2554; เมธินี คุปพิทยานันท์ และสุพรรณิ ศรีวิริยกุล, 2555)

ฟันผุระยะที่ 1 เป็นการผุในชั้นเคลือบฟัน หากตรวจพบ ควรแนะนำให้ใส่ใจดูแลรักษาความสะอาดช่องปากให้มากขึ้น โดยแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างสม่ำเสมอทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และแปรงบริเวณที่มีรอยขาวขุ่นหรือเป็นจุดสีน้ำตาลให้สะอาดทั่วถึง กรณีที่สามารถทาฟลูออไรด์ให้ได้ ควรทาหรือเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่บริเวณนั้น ผิวน้ำจะกลับแข็งแรงขึ้น โดยอาจเปลี่ยนสีกลับมาเหมือนเดิมหรือไม่ก็ได้ แต่จะหยุดการลุกลามของโรคได้

ฟันผุระยะที่ 2 และ 3 เป็นระยะที่เกิดรูผุแล้ว บางครั้งเห็นเป็นรูผุชัดเจน บางครั้งเห็นเป็นรอยดำ และอาจลุกลามจนทะลุโพรงประสาทฟัน ผู้ปกครองต้องพาไปพบทันตแพทย์ โดยการรักษาแบ่งตามการลุกลามของโรค หากการผุยังไม่ทะลุโพรงประสาทฟัน ทันตแพทย์จะแนะนำให้เก็บรักษาฟันน้ำนมไว้ใช้งาน รอจนฟันแท้ขึ้นมาแทนที่ แต่หากการผุของฟันทะลุโพรงประสาทฟันไปแล้ว จะต้องรักษาโดยการอุดฟัน ถอนฟัน หรือการรักษารากฟัน โดย

ทันตแพทย์จะใช้ยาชาเพื่อลดอาการเจ็บปวดขณะให้การรักษา

โรคฟันผุในระยะต่างๆ มีอาการที่ต่างกัน ผู้ปกครองควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและพาเด็กที่มีโรคฟันผุไปรับการรักษากับทันตแพทย์ตั้งแต่วัยแรกที่เกิดอาการ เพื่อลดการลุกลามของโรคจนอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนมีหลายปัจจัย ดังนี้

1. การรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว ขนมแป้งอบกรอบ ขนมปัง ซีเรียล นม ลูกอมรสหวาน โดยน้ำตาลส่วนใหญ่ที่เด็กได้รับในแต่ละวัน ได้แก่ น้ำตาลกลูโคส กาแลคโตส ฟรุคโตส ซูโครส แลคโตส และมอลโตส ซึ่งน้ำตาลทุกชนิด แบคทีเรียสามารถนำไปใช้ในการสร้างกรด โดยซูโครสเป็นน้ำตาลที่สำคัญที่สุดในการเกิดโรคฟันผุ สามารถพบได้ในพวกน้ำตาลทรายแดง น้ำตาลบีบ ลูกอมรสหวาน เป็นต้น (พันทิพา ลาภปริสุทธิ, 2558) ทั้งนี้ แบคทีเรียจะนำน้ำตาลไปใช้ในการสร้างเดกซ์แทรน (dextran) และกลูแคน (glucan) เพื่อใช้ใน

การยึดติดกับผิวฟัน นอกจากนี้ กลูโคสและฟรุกโตส ที่พบในผลไม้และน้ำผึ้งก็สามารถทำให้ pH ลดลง ได้เช่นเดียวกับซูโครส ทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุ ที่ผิวฟัน จึงเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคฟันผุได้ (สุกร ตันดินนิรามัย, 2559) อาหารอีกประเภทหนึ่งที่ส่งผล ให้เกิดโรคฟันผุได้ คือ น้ำอัดลม จากการศึกษาของ ปริญา จิตอร่าม และกุลนถ มากบุญ (2557) พบว่า ผู้ปกครองบางส่วนมีทัศนคติที่ผิด คือ ให้เด็กดื่มน้ำอัดลมตามที่เด็กต้องการ เนื่องจากมีความคิด เห็นว่าน้ำอัดลมไม่ทำให้มีเศษอาหารติดฟัน

2. การกินนมจากขวด จากการศึกษาพบว่า เด็กวัยก่อนเรียนส่วนหนึ่งยังกินนมจากขวด ซึ่งจะเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคฟันผุ เนื่องจากการขัดขวาง การไหลของน้ำลายบริเวณด้านเพดานและด้าน ริมฝีปากของฟันหน้าบน และหากผู้ปกครองใส่ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำผลไม้ น้ำอัดลม หรือ อาหารอื่นในขวดนม รวมทั้งเติมน้ำตาลในนมให้เด็ก กิน จะยังทำให้เกิดการตกค้างสะสมอยู่รอบ ๆ ตัวฟัน ทั้งบริเวณฟันหน้าและฟันหลัง (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2550; จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2554; ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล, 2554; วราภรณ์ บุญเชียง, 2557) และหากปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม จะยัง ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก เนื่องจากในขณะ หลับ อัตราการหลั่งของน้ำลายจะลดลง ทำให้น้ำตาล หลงเหลืออยู่ในช่องปาก เป็นการเพิ่มเวลาให้คราบ จุลินทรีย์สัมผัสกับอาหาร จึงเพิ่มโอกาสในการเกิด โรคฟันผุมากขึ้น (สุกร ตันดินนิรามัย, 2559) ซึ่ง การปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนมหรือให้ดูนมจาก ขวดบ่อยๆ นอกจากจะทำให้เกิดโรคฟันผุแล้ว ยัง ทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ เช่น การติดขวดนม ทำให้ เด็กไม่ยอมรับประทานอาหาร ซอบอมข้าว ปฏิเสธ อาหารที่ต้องเคี้ยว เพราะคุ้นเคยกับอาหารเหลวที่ กลืนง่าย โดยเด็กที่ติดขวดนมมักเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะท้องผูกเรื้อรัง เพราะในนมไม่มีกากใยอาหาร

และยังเสี่ยงต่อการขาดธาตุเหล็กซึ่งมีความสำคัญ ต่อการพัฒนาสมอง เพราะน้ำนมอย่างเดียวมีธาตุ เหล็กไม่เพียงพอ รวมทั้งแคลเซียมในน้ำนมยังมี ฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมของธาตุเหล็กอีกด้วย หาก เด็กดูขวดนมจนถึงอายุ 3 ปี มีโอกาสฟันหน้ายื่น โครงสร้างกระดูกขากรรไกรเสียรูป จะเสียโอกาสใน การพัฒนาปากและฟันในการเคี้ยวอาหาร และการพูด (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2550)

3. ลักษณะของฟันและสภาพในช่องปาก โดย ธรรมชาติ ฟันน้ำนมจะมีเคลือบฟันบาง และบริเวณ คอฟันของฟันตัดบนเป็นบริเวณที่มีเคลือบฟันบาง ที่สุด จึงเป็นบริเวณที่มีการสูญเสียแร่ธาตุเป็นอันดับ แรก ซึ่งพบได้ในเด็กที่คลอดก่อนกำหนดหรือมี น้ำหนักตัวน้อย เด็กขาดสารอาหาร เด็กที่มีการติดเชื้อ (Seow, 1998) ฟันลักษณะนี้จะมีโอกาสผุได้ง่าย อีกทั้งลักษณะรูปร่างของฟันที่อยู่ในตำแหน่งที่ผิด ไปจากปกติ ทำให้เกิดการซ้อนเก ไม่เป็นระเบียบ ส่งผลให้เกิดการสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ ง่าย และการทำความสะอาดทำได้ยากขึ้น และฟัน ที่มีลักษณะขาดแคลเซียมหรือแร่ธาตุอื่นๆ ในขณะ ที่ฟันกำลังสร้างตัวเอง ทำให้การสะสมแร่ธาตุใน ขณะที่สร้างฟันเกิดความไม่สมบูรณ์ มีผลให้ฟันมี ความต้านทานต่อกรดน้อย ทำให้การละลายของ เคลือบฟันเกิดได้ง่ายขึ้น (พันทิพา ลากปรีสุทธิ, 2558)

4. การแปรงฟันที่ไม่ถูกวิธี เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก โดยการแปรงฟัน เป็นวิธีการทำความสะอาดช่องปากและฟันที่มีผลใน การช่วยลดและป้องกันโรคฟันผุ เนื่องจากสามารถ ช่วยลดการก่อตัวของเชื้อ รวมทั้งยังสามารถหยุด และชะลอการเกิดโรคฟันผุระยะที่ 1 ได้ (Moss, 1996) โดยการแปรงฟันเป็นประจำด้วยยาสีฟัน ผสมฟลูออไรด์จะช่วยลดการเกิดโรคฟันผุในเด็ก ได้มากกว่าการควบคุมการบริโภคอาหาร (Gibson & William, 1999) ซึ่งฟลูออไรด์จะช่วยยับยั้ง

กระบวนการสูญเสียแร่ธาตุของฟัน ลดอัตราการละลายของผิวฟัน ป้องกันไม่ให้รอยบุ๋มขาวดำเนินต่อไป ฟลูออไรด์จะทำหน้าที่ยับยั้งเอนเลส (enolase) ซึ่งเป็นเอนไซม์สำคัญในกระบวนการไกลโคไลติก (glycolytic pathway) ทำให้เชื้อไม่สามารถย่อยสลายน้ำตาลได้ จึงลดการเกิดกรดจากแบคทีเรีย (สุกร ตันตินิรามย์, 2559) จากการศึกษาของวิชดา คงเหมือนเพชร, วิริณธิ์ กิตติพิชัย, และศุภชัย ปิติกุลตั้ง (2560) พบว่ามีผู้ปกครองของเด็กเล็กถึงร้อยละ 55.80 ปลดปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง มีเด็กเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่ได้รับการแปรงฟันซ้ำโดยผู้ปกครอง และพบว่า ร้อยละ 90.90 มีการแปรงฟันเพียง 1 ครั้ง/วัน โดยร้อยละ 91.30 แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า ซึ่งมีเด็กจำนวนมากที่ไม่ยอมให้ผู้ปกครองแปรงฟันให้ เนื่องจากกลัวและมีความเจ็บจากแรงของผู้ปกครองในการแปรงฟันให้ (ปริญา จิตอร่าม และกุลนาถ มากบุญ, 2557; อุดมพร รักเถาว์ และจารุวรรณ วงษ์เวช, 2558) อย่างไรก็ตาม ในเด็กเล็กที่พัฒนาการของกล้ามเนื้อมือยังไม่ดีพอ มีความจำเป็นที่เด็กจะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ปกครองในการช่วยแปรงฟันให้ ซึ่งจะสามารถควบคุมความสะอาดได้ดีกว่าการปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง

5. ปัญหาด้านความเครียด เศรษฐกิจ และสังคมของครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก บางครอบครัวที่มีปัญหาเศรษฐกิจหรือปัญหาครอบครัว ทำให้การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนทำได้ไม่เต็มที่ โดยเฉพาะในเรื่องความเข้มงวดในการแปรงฟันและการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่เด็ก ส่งผลให้เด็กเกิดโรคฟันผุตามมา กล่าวคือ เมื่อผู้ปกครองต้องย้ายที่ทำงานบ่อย ต้องออกไปทำงานแต่เช้า อาจจำเป็นต้องฝากเด็กให้อยู่ในความรับผิดชอบของญาติ ความเข้มงวดในการแปรงฟันให้เด็กจึงลดน้อยลงหรือความเครียดที่เกิดจากการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดี

ในครอบครัว ขาดการดูแลเอาใจใส่และฝึกรอบม อาจทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวและดื้อรั้น จึงทำให้ผู้ปกครองควบคุมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ยาก ส่งผลให้เกิดโรคฟันผุในเด็กได้ (ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล, 2554; พลินี เดชสมบุรณ์ และผกาภรณ์ พันธวุฒิพิศาลธุรกิจ, 2557; สุกร ตันตินิรามย์, 2559)

6. อิทธิพลจากสื่อโฆษณา เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน เนื่องจากในปัจจุบัน สื่อและข่าวสารมีความรวดเร็วมากขึ้นจากทุกช่องทาง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อสินค้าเพื่อการอุปโภคบริโภคเป็นอย่างมาก โดยครอบครัวที่ปล่อยให้เด็กอยู่กับสื่อโทรทัศน์หรือวิดีโอมากเกินไป สื่อเหล่านี้จะมีอิทธิพลชักจูง เชิญชวน และปลุกฝังให้มีค่านิยมในการบริโภคขนมและอาหารที่ไร้ประโยชน์เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนยังมีข้อจำกัดในการแยกแยะเนื้อหาความจริงจากสื่อโฆษณา จึงทำให้เด็กหันมาบริโภคตามสื่อโฆษณานั้น นอกจากนี้ยังมีร้านขายขนมที่อยู่ใกล้บ้านและใกล้โรงเรียนจำนวนมาก (นันทินีย์ วัจนันท์, นพวรรณ เปียชื้อ, และสุจินดา จารุพัฒน์ มาร์อุโอ, 2560) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุในเด็กได้

การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่เด็กจึงมีความสำคัญ การป้องกันการเกิดโรคฟันผุตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นจะช่วยลดโอกาสเกิดฟันแท้ผุได้ ซึ่งสามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพหากเด็กได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี แต่เด็กวัยก่อนเรียนยังไม่สามารถดูแลตนเองได้มากนัก ยังต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างมากจากผู้ปกครอง ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลเอาใจใส่และสร้างเสริมพฤติกรรมด้านการดูแลทันตสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่เด็ก (อัสมาพร สุรินทร์, นุชผา รักษานาม, นงนารถ สุขลิ้ม, และชนรุต ตั้งคำ, 2562)

บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลป้องกันฟันผุสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน

ผู้ปกครองเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดที่จะช่วยป้องกันและลดอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กได้ตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลป้องกันโรคฟันผุสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน มีดังนี้

1. การเสริมแรงจิตใจ ผู้ปกครองต้องมีการเสริมแรงจิตใจให้กำลังใจให้เด็กเลือกแปรงสีฟันที่ชอบ เพื่อกระตุ้นให้เด็กอยากแปรงฟัน ผู้ปกครองจะต้องจัดเวลาประจำในการแปรงฟันให้เด็ก และยื่นยัดในการแปรงฟันให้เด็ก แม้ว่าเด็กจะไม่อยู่นิ่งและยังไม่ยอมรับการแปรงฟันดีนัก อาจใช้วิธีการเล่นิทาน การร้องเพลง ใช้ภาพประกอบเพลง หรือเล่นด้วยในขณะที่แปรงฟัน เพื่อให้เด็กเกิดความเพลิดเพลินและให้ความร่วมมือในการแปรงฟัน นอกจากนี้อาจให้สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมีการแปรงฟันร่วมกัน และแปรงฟันให้เด็กซ้ำหลังจากให้เด็กแปรงฟันเอง (อุดมพร รักเถาว์ และจรรยาพรธ วงษ์เวช, 2558)

2. การดูแลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมตามช่วงวัย ผู้ปกครองต้องสร้างนิสัยการกินที่ดีให้แก่เด็ก และคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมด้วย โดยแบ่งตามช่วงอายุ ได้ดังนี้ (เมธินี คุปพิทยา นันท์ และสุพรรณณี ศรีวิริยกุล, 2555)

แรกเกิดถึง 6 เดือน ให้กินนมแม่อย่างเดียว ไม่ต้องให้อาหารอื่นแม้แต่น้ำ เด็กที่กินนมแม่จะมีอัตราการเกิดโรคฟันผุต่ำกว่าเด็กที่กินนมผสมใส่ขวด เพราะนมแม่มีภูมิคุ้มกัน และมีเอ็นไซม์ช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรค รวมทั้งกลไกการดูดนมแม่ น้ำนมจะพุ่งไปสู่บริเวณโคนลิ้น ทำให้ฟันมีโอกาสสัมผัสสัมผัสกับน้ำนมน้อย และการออกแรงดูดนมยังกระตุ้นให้ไบโอฟิล์มและชากรไรโรติกเจริญเติบโตสมส่วน

เด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไป ฟันเริ่มขึ้น ควรเลิกนมมือนมขวด เพราะเด็กสามารถนอนหลับช่วงกลางคืน

ติดต่อกันได้โดยไม่หิว การให้นมมือนมขวดจะเป็นการรบกวนวงจรการนอนของเด็ก หากเด็กตื่นให้กอด กล่อม ตบกันเบาๆ เด็กจะหลับต่อได้ โดยหลังจากเด็กกินนมแม่ 6 เดือนแล้ว หากผู้ปกครองจะเลือกนมเสริมให้เด็ก ควรเลือกเป็นนมจืด (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2550; จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2554; วราภรณ์ บุญเชียง, 2557) และให้อาหารเสริม โดยปริมาณพลังงานและสารอาหารต้องเหมาะสมในแต่ละวัย

เด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป ผู้ปกครองควรให้อาหารหลัก 3 มื้อ และอาหารว่างไม่เกิน 2 ครั้งต่อวัน ชนิดของอาหารว่างควรเป็นอาหารที่มีคุณค่าสำหรับเด็ก เช่น ผลไม้ นมรสจืด ไม่ควรให้อาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลหรือเกลือมากเกินไป เช่น ทอฟฟี่ น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมถุงกรุบกรอบ และอาหารใส่สีหรือผงชูรส รวมทั้งผู้ปกครองควรฝึกเด็กให้รับประทานอาหารเป็นเวลา ไม่รับประทานจุบจิบ หากจะให้ขนม ควรให้ในมื้ออาหารและให้ดื่มน้ำตามหลังมื้ออาหารทุกครั้ง (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2550; จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2554; วราภรณ์ บุญเชียง, 2557)

3. การดูแลเกี่ยวกับการดื่มนม ผู้ปกครองควรฝึกให้เด็กเข้านอนโดยไม่มียาสีติดขวดนม เลิกนมมือนมขวด ไม่ให้เด็กหลับคาขวดนม เพราะการหลับคาขวดนมเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเกิดโรคฟันผุ ทั้งนี้ผู้ปกครองควรเริ่มฝึกให้เด็กดื่มน้ำและนมจากแก้วแทนขวดนมให้เร็วและบ่อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยเริ่มจากปริมาณน้อยๆ และค่อยๆ เพิ่มปริมาณจนเด็กสามารถดื่มนมจากแก้วได้ทั้งหมด ทั้งนี้ ผู้ปกครองควรเริ่มฝึกเด็กตั้งแต่อายุ 6 เดือน ไม่เกิน 12 เดือน เพื่อจะได้เลิกขวดนมเมื่ออายุไม่เกิน 1 ขวบครึ่ง (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2550; จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2554; วราภรณ์ บุญเชียง, 2557) ซึ่งวิธีการเตรียมพร้อมสำหรับการเลิกขวดนม

ทำได้ 2 แบบ ดังนี้ (เมธินี คุปพิทยานันท์ และสุพรรณิ ศรีวิริยกุล, 2555)

แบบที่ 1 เลิกแบบทันทีทันใด (หักดิบ) เหมาะกับเด็กที่ลดการใช้ขวดนมบ้างแล้ว ไม่ค่อยสนใจขวดนม มีวิธีการดังนี้

- บอกให้เด็กรู้ล่วงหน้าประมาณ 1 สัปดาห์ โดยบอกเด็กทุกวันว่า “หนูโตแล้ว ไม่ต้องใช้ขวดนมแล้ว”

- เก็บขวดนมให้พ้นมือเด็ก หรือให้เด็กช่วยเก็บใส่ถุงไปทิ้งหรือบริจาค เพื่อให้เด็กตัดใจจากขวดนม

- เตรียมน้ำเปล่าหรือน้ำผลไม้ใส่แก้วพร้อมสำหรับให้เด็กดื่มเมื่อเด็กร้องหาขวดนม

- ให้เด็กมีตัวแทนขวดนม อาจเป็นตุ๊กตาหรือของเล่นที่ชอบ เอาไว้กอดเมื่อคิดถึงขวดนม

- ระหว่างการฝึกต้องอดทน เด็กอาจงอแงสักพักก็จะปรับตัวได้เอง ควรเพิ่มการกอดและชื่นชมหากเด็กทำได้

แบบที่ 2 เลิกแบบค่อยเป็นค่อยไป เหมาะกับเด็กที่ติดขวดนม มีวิธีการดังนี้

- ค่อย ๆ ลดปริมาณนมในมือนิด ๆ จาก 8 ออนซ์ เหลือ 4 ออนซ์ จนจนได้ในที่สุด

- ค่อย ๆ ลดขวดนมทีละขวด ทุก 2-4 วัน โดยลดมือที่ไม่สำคัญก่อน เช่น มือกลางวัน

- ให้เด็กดื่มนมจากแก้วหรือกล่องแทน หากเด็กงอแง อาจใส่สำลีในขวดให้เด็กดูดแทนนม และหากเด็กยังงอแง อาจใช้วิธีขยายจุกนมให้รูกว้างขึ้น เพื่อให้เด็กระมัดระวังการดูดมากขึ้น ไม่สามารถนอนดูดสบาย ๆ เหมือนก่อน แต่ต้องไม่กว้างจนเด็กสำลัก

- ระหว่างการหย่าขวดนม อาจใช้แก้วสวย ๆ หลอดดูดแบบแปลก ๆ เพื่อดึงดูดความสนใจของเด็ก

- หากเลิกแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่ได้ ผล ให้เลิกแบบทันทีทันใด

4. การดูแลความสะอาดช่องปาก ผู้ปกครองควรเริ่มดูแลความสะอาดช่องปากให้เด็กโดยเริ่มตั้งแต่วัยทารก โดยทำความสะอาดลิ้นให้หลังดูดนม เพื่อฝึกให้เด็กคุ้นชินกับการทำความสะอาดช่องปาก ส่วนการฝึกให้เด็กคุ้นชินกับการแปรงฟันควรเริ่มตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น คือ เมื่ออายุประมาณ 6 เดือน จะช่วยให้เด็กให้ความร่วมมือในการแปรงฟันมากขึ้น เมื่อเด็กฟันเริ่มขึ้นควรแปรงฟันให้วันละ 2 ครั้ง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์สำหรับเด็กในขนาดเท่าเมล็ดถั่วเขียว ซึ่งเด็กที่ยังควบคุมการกลืนไม่ได้ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุ 1½ - 2½ ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันตกกระ (fluorosis) โดยการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์สามารถป้องกันและหยุดการลุกลามของโรคฟันผุได้ หากเพิ่มความถี่ของการแปรงฟันจะสามารถป้องกันการเกิดโรคฟันผุได้ดี ซึ่งผู้ปกครองควรตรวจสอบกับทันตแพทย์ว่าเด็กได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณเพียงพอหรือไม่ในแต่ละวัน (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2550; จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2554; วราภรณ์ บุญเชียง, 2557; สุภรตันดินิรามย์, 2559)

สำหรับวิธีการแปรงฟันให้เด็ก ผู้ปกครองควรเริ่มโดยใช้ท่าแปรงฟันที่จะเห็นบริเวณที่แปรงได้ง่าย และเด็กอยู่ในท่าที่สบาย คือ ให้เด็กนอนตัก ผู้ปกครอง หันหน้าไปทางเดียวกัน และผู้ปกครองใช้นิ้วแหวกกระพุ้งแก้มเด็ก เพื่อให้มองเห็นฟันที่จะแปรงได้ชัดเจน และช่วยกันไม่ให้แปรงสีฟันกระแทกริมฝีปากและกระพุ้งแก้ม ผู้ปกครองจับแปรงแบบจับดินสอเขียนหนังสือ วางขนแปรงตั้งฉากกับตัวฟันให้ขนแปรงครอบคลุมถึงบริเวณคอฟันและขอบเหงือก ขยับโยกแปรงไปมา บริเวณละ 10 ครั้ง จึงเปลี่ยนบริเวณใหม่ให้ซ้อนทับบริเวณเดิมเล็กน้อย

ขยับไปเรื่อย ๆ จนครบทุกซี่ ทั้งด้านในและด้านนอก แล้วใช้ผ้าสะอาดเช็ดยาสีฟันออก ในช่วงแรกเด็ก อาจไม่ยอม ผู้ปกครองต้องใจแข็งและปฏิบัติด้วยความระมัดระวังอย่างสม่ำเสมอ ประสบการณ์ที่เด็ก แปรงฟันแล้วไม่เจ็บจะสร้างความคุ้นเคย ทำให้เด็ก เรียนรู้และยอมรับการแปรงฟันได้ โดยการเริ่มแปรง ตั้งแต่มีฟันขึ้น เด็กจะต่อต้านน้อยกว่ามาเริ่มแปรง เมื่อเด็กโตแล้ว การทำความสะอาดฟันจะใช้สถานที่ใดก็ได้ในบ้าน ไม่จำเป็นต้องเป็นห้องน้ำ เนื่องจากอาจ คับแคบเกินไปในการให้เด็กนอนแปรงฟัน และทุก ครั้งที่แปรงฟันให้จบด้วยการแปรงลิ้น จากโคนไปยัง ปลายลิ้นหลาย ๆ ครั้ง (ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล, 2554; เมธินี คุปพิทยานันท์ และสุพรรณิ ศรีวิริยกุล, 2555)

5. การตรวจประเมินสุขภาพฟัน ผู้ปกครองควร ตรวจฟันเด็กเดือนละ 1 ครั้ง โดยตรวจดูความสะอาด ช่องปากเด็กหลังการแปรงฟัน ฟันที่สะอาดจะไม่มี คราบสีขาวหรือเหลืองอ่อนบนตัวฟัน เมื่อเอาเล็บ หรือหลอดดูดน้ำพลาสติกขูดบนผิวฟัน จะไม่พบคราบ จุลินทรีย์สีดำออกมา โดยคราบจุลินทรีย์จะมีสีขาวขุ่น ลักษณะนิ่มติดอยู่บนตัวฟัน ซึ่งแม้ว่าจะบ้วนน้ำก็ ไม่สามารถหลุดออกได้ นอกจากการตรวจความสะอาด ของฟันแล้ว ควรตรวจดูผิวฟันด้วย โดยต้องไม่พบ รอยขาวขุ่นเหมือนชอล์กบนตัวฟันใกล้ขอบเหงือก รวมทั้งพาไปตรวจฟันทุก 6-12 เดือน หรือตาม ทันตแพทย์นัดทุกครั้ง (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2550; จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2554; เมธินี คุปพิทยานันท์ และสุพรรณิ ศรีวิริยกุล, 2555; วราภรณ์ บุญเชียง, 2557)

สรุป

โรคฟันผุเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ และการดำรงชีวิตของเด็กหลายด้าน โดยทำให้เด็ก มีความเจ็บปวด ส่งผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร เด็ก จึงรับประทานอาหารได้ลดน้อยลง และยังส่งผลต่อ

พัฒนาการของขากรรไกร ตลอดจนการเรียงตัวของ ฟันแท้ที่จะขึ้นมาแทนที่ฟันน้ำนม รวมถึงรบกวน การนอนหลับของเด็ก ปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลต่อ น้ำหนักตัว การเจริญเติบโต และคุณภาพชีวิตของเด็ก เป็นอย่างมาก การจะป้องกันและลดอัตราการเกิด โรคฟันผุในฟันน้ำนมตั้งแต่วัยก่อนเรียนได้อย่างมี ประสิทธิภาพ เด็กจะต้องได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี แต่เด็กวัยก่อนเรียนยังไม่สามารถดูแลตนเองได้มาก นัก ยังต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างมาก จากผู้ปกครองซึ่งถือเป็นบุคคลสำคัญในการช่วย ดูแล ป้องกัน และลดปัญหาการเกิดโรคฟันผุใน อนาคตของเด็กได้ โดยผู้ปกครองจะต้องมีการสร้าง นิสัยการบริโภคอาหารของเด็ก ฝึกให้เด็กมีวินัยใน การแปรงฟัน ทำให้เด็กเกิดความเชื่อว่าการแปรง ฟันสามารถทำให้สุขภาพฟันดี และส่งเสริมให้เด็กมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพฟันที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2550). *แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

ขนิษฐา ลายลักษณ์ดำรง. (2558). *สุขภาพเหงือกและฟันและโรคหัวใจ*. สืบค้นจาก http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/6_2015-03-05.pdf

จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ศรีสุดา ลีละศิธร, วิกุล วิศาลเสสส์, ปิยะดา ประเสริฐสม, ผุสดี จันทร์บาง, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา, ... วรางคณา เวชวิสี. (2554). *ทันตสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- ชุดิมา ไตรรัตน์วรกุล. (2554). *ทันตกรรมป้องกันในเด็กและวัยรุ่น* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เบสท์ บুকส์ ออนไลน์.
- นันธินีย์ วัจนันท์, นพวรรณ เป็ยชื้อ, และสุจินดา จารุพัฒน์มารูโอ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(4), 55–66.
- นิลุบล เบ็ญจกุล. (2558). การส่งเสริมพฤติกรรม การแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนา เด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา*, 6(1), 58–73.
- ปริญญา จิตอร่าม, และกุลนาถ มากบุญ. (2557). พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3–5 ปี. *วารสารทันตภิบาล*, 25(1), 26–41.
- พลินี เดชสมบูรณ์, และผกาภรณ์ พันธุ์ดี พิศาลธุรกิจ. (2557). การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก. *วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 37(1), 97–112.
- พันทิพา ลาภปริสุทธิ. (2558). การเกิดฟันผุในเด็ก. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ประจำปี 2558* (น. 27–32). ม.ป.ท. สืบค้นจาก file:///C:/Users/Asus/Downloads/child.pdf
- เมธินี คุปพิทยานันท์, และสุพรรณิ ศรีวิริยกุล. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประตู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรมพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- วรรณ ประพันธ์ศิลป์. (2561). *ฟัน (น้ำนม) ผุ*. สืบค้นจาก <https://dt.mahidol.ac.th/th/ฟันน้ำนมผุ/>
- วารภรณ์ บุญเสียง. (2557). *อนามัยโรงเรียน*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชุดา คงเหมือนเพชร, วิธธิ์ กิตติพิชัย, และศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2560). พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 47(2), 189–199.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: ตามเจริญพานิชย์.
- สิทธิชัย ขุนทองแก้ว. (2552). *วิทยาการโรคฟันผุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กรู๊ปเพลส.
- สุพรรณิ ศรีวิริยกุล, และเจมณัญญ์ เชื้อชัยทัศน์. (2556). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ANC คุณภาพ WCC คุณภาพ ศพด. คุณภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรมพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุกร ตันดินิรามย์. (2559). สาเหตุ การรักษาและการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (ECC). *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 33(2), 167–175.
- อัสมาพร สุรินทร์, นุบผา รักษานาม, นงนารถ สุขลิ้ม, และธนรุต ตั้งคำ. (2562). ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพสำหรับผู้ปกครอง ในการป้องกันฟันผุของเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโลกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(1), 189–200.

- อุดมพร รักเถาว์, และจรรุวรรณ วงษ์เวช. (2558). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(1), 52–64.
- Gibson, S., & William, S. (1999). Dental caries in pre-school children: Association with social class, toothbrushing habit and consumption of sugar and sugar containing foods. *Caries Research*, 33(2), 101–113.
- Moss, S. J. (1996). The relationship between diet, saliva and baby bottle tooth decay. *International Dental Journal*, 46(1), 399–402.
- Seow, W. K. (1998). Biological mechanisms of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26(1), 8–27.
- Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in preschool children. *British Dental Journal*, 201(10), 625–626.
-

การปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Main Role Performances of Village Health Volunteers

ยุทธนา แยกคาย, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Yutthana Yaebkai, M.P.H. (Public Health)¹

ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, ป.ศ. (ประชากรศาสตร์)²

Pramote Wongsawat, Ph.D. (Demography)²

Received: October 13, 2020 Revised: December 21, 2020 Accepted: December 22, 2020

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านมา ประสบความสำเร็จในด้านการสาธารณสุขมูลฐาน และการวางแผนครอบครัว ที่สามารถเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดและลดอัตราการเกิดได้ตามเป้าหมาย ลดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ลดอุบัติเหตุการติดเชื้อเอชไอวี ลดการเจ็บป่วย ลดอัตราการตาย และอื่นๆ ทั้งนี้ ภาครีเื้อข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมุ่งเน้นให้ อสม. มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อให้การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของ อสม. มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน บทบาท อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

¹ Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Sukhothai Provincial Public Health Office

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) Email: amu-nra@hotmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

Abstract

Village health volunteers perform main roles in health promotion, surveillance, disease prevention and control, health rehabilitation, and consumer protection. Village health volunteers had successfully performed their roles in primary health care, family planning which can increase the rate of contraception and reduce the rate of birth, unwanted pregnancy, the reduction of human immunodeficiency virus infection, illness, mortality, and other matters. The association network and related stakeholders should improve specific performances among village health volunteers by applying the model of performance development for village health volunteers, focusing on bringing innovation and digital technology to healthcare services for the people in order to increase the efficiency and effectiveness of health promotion, surveillance, disease prevention and control, health rehabilitation, and consumer protection.

Keywords: Performance, Role, Village health volunteers

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer [VHV]) เป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่าสิบหลังคาเรือน ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พุทธศักราช 2550 และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (ออสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (อสม.กฟผ.) (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) อสม. เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นอย่างเป็นธรรม โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการจัดการ

กับปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งเป็นวิธีการที่ยั่งยืนและมีผลการดำเนินงานที่ดีที่สุด เนื่องจากมีการบูรณาการการทำงานพร้อมกับการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ และการจัดการสุขภาพชุมชนด้วยการสนับสนุนที่เหมาะสม มีการดูแลอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ทำให้ อสม. มีหน้าที่ความรับผิดชอบ และภาระงานที่มากขึ้น (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) นอกจากนี้ อสม. ยังเป็นส่วนหนึ่งของกำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) ของประเทศไทย ตามกรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลก (system building blocks of the World Health Organization framework) ซึ่งเป็นกำลังหลักที่ช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงาน

สาธารณสุขมูลฐาน โดยทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในชุมชนหรือในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้ครอบคลุมหมู่บ้านทั่วประเทศ (World Health Organization [WHO], 2010) ส่งผลให้ประเทศไทยได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกทั่วไปว่าเป็นประเทศที่สร้างระบบการสร้างความรู้ในชุมชนเพื่อให้คนมีความรู้เรื่องสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชนได้เป็นอย่างดี ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในรูปแบบอาสาสมัครที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลก (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) องค์การอนามัยโลกได้ยกย่องผลการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ อสม. เคาะประตูบ้านต้าน COVID-19 โดยเป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เป็นด่านหน้าออกเคาะประตูบ้าน ให้ความรู้ เน้นย้ำความสำคัญของมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม รวมทั้งค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อนำเข้าระบบการรักษา ซึ่งนับได้ว่าเป็นพลังฮีโร่เงียบสู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และยังเป็นตัวอย่างให้กับหลายประเทศใช้เป็นแนวทางในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เป็นอย่างดี (WHO, 2020) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และข้อเสนอในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้อ่านหรือผู้ที่สนใจนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และพัฒนาผลการปฏิบัติงาน

ของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นต่อไป

บทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อสม. ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ต่างๆ จำนวน 23 ลักษณะงาน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556; กระทรวงสาธารณสุข, 2554, 2562, 2563) ได้แก่ 1) งานสาธารณสุขมูลฐาน 2) การปฏิบัติงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 3) มาตรฐานสมรรถนะของ อสม. 4) มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน 5) บทบาท อสม. ยุคใหม่ 6) บทบาท อสม. นครบาลหรือเขตเมือง 7) การปฏิบัติงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 8) การเฝ้าระวังป้องกันการทุจริตในระดับชุมชน 9) อสม. นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย 10) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ 11) สุขภาพจิตชุมชน 12) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน 13) การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ 14) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 15) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 16) การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน 17) การส่งเสริมสุขภาพ 18) การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม 19) นมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก 20) ทันตสุขภาพ 21) การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 22) อสม. 4.0 และ 23) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554

ข้อ 30 ระบุว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 (กระทรวงสาธารณสุข, 2554, 2562) ซึ่งกำหนดให้ อสม. จะต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ ดังนี้ 1) ต้องมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแน่นอนอย่างน้อยหนึ่งวันต่อสัปดาห์หรืออย่างน้อยสี่วันต่อเดือน ในกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบ 2) มีการปฏิบัติงานจริง และมีการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ อสม.1 โดยมีประธาน อสม. ระดับหมู่บ้านหรือชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เป็นผู้ตรวจสอบและรับรองรายงานผลการปฏิบัติงาน และ 3) ให้ อสม. เข้าประชุมและ/หรืออบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อเดือนในเรื่องที่เป็นความจำเป็นตามสภาพปัญหาของชุมชน หรือตามช่วงปฏิทินการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุข จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสรุปรายงานการประชุมไว้ทุกครั้ง โดยการปฏิบัติงานจริงตามแผนปฏิบัติงาน แล้วให้บันทึกข้อมูลกิจกรรม เช่น 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ 4) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 5) การจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล 6) อื่นๆ ตามสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชนเมื่อ อสม. ได้ปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว จึงจะมีสิทธิได้รับค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายเดือน ในอัตราหนึ่งพันบาทต่อคน อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานตามกิจกรรมการจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล และอื่นๆ ตามสภาพปัญหาสุขภาพ

ของชุมชน เป็นการจัดกิจกรรมตามความเหมาะสม และมีช่วงเวลาที่แตกต่างกันในแต่ละบริบทของพื้นที่นั้นๆ จึงเป็นกิจกรรมที่ อสม. ไม่อาจปฏิบัติได้เป็นประจำอย่างต่อเนื่องในแต่ละเดือน ดังนั้น บทบาทที่สำคัญของ อสม. ที่เป็นสมรรถนะร่วม (common competency) ระหว่าง 23 ลักษณะงาน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติงานในแต่ละบทบาทมีรายละเอียด ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560)

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติงานของ อสม. ที่ใช้ความรู้ความสามารถในการกระทำหรือดำเนินการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตระหนักถึงการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเหล่านั้นต้องสามารถบ่งบอกความมุ่งมั่นปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยลบที่เป็นสาเหตุทำลายสุขภาพ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ลดการขาดจิตสำนึกในเรื่องความปลอดภัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ขณะเดียวกัน ให้ความสำคัญหรือเพิ่มปัจจัยบวกที่ทำให้มีสุขภาพที่ดีโดยใช้หลัก 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี คัดกรองเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น และตรวจประเมินสุขภาพพร้อมจดบันทึกข้อมูล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลัก 3 อ 2 ส เพื่อการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ตลอดชีวิต สู้วัยสูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีคุณภาพ

2. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค เป็น การปฏิบัติงานของ อสม. ที่ใช้ความรู้ความสามารถ

ในการกระทำหรือดำเนินการเกี่ยวกับ 1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคอาหารเป็นพิษ โรคมือเท้าปาก โรคไขหวัดนก โรคไข้เลือดออก โรคไข้ชิคา โรคไขปวดข้อขลุ่ย โรคไขหวัดใหญ่ โรคไขฉี่หนู โรคตาแดง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีการเฝ้าระวัง สำรวจ ค้นหา เก็บรวบรวมข้อมูล สังเกต อุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวหรือรอบชุมชน และหมู่บ้าน มีการตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูล รายงานอย่างต่อเนื่องเป็นระบบให้ผู้เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา สม่าเสมอ มีการประสานงาน การเฝ้าระวัง การวางแผนการควบคุมโรค การดำเนินการมาตรการควบคุมโรค ตลอดจนการประเมินผล การควบคุมป้องกันโรค ลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายจากโรค ผ่านเครือข่ายที่มีการเชื่อมโยงกัน ทั้งระบบภายในหมู่บ้านและระหว่างหมู่บ้าน เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับประชาชนในหมู่บ้านของตนเองและหมู่บ้านอื่น ๆ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 2) การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง สามารถวิเคราะห์วางแผน แก้ไขปัญหาเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง ประสานความร่วมมือของชุมชน สังคม และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ โดยการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ คัดกรอง และค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ การส่งข้อมูล จัดการให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยมีเป้าหมายในการลดกลุ่มเสี่ยง เพิ่มการเข้าถึงบริการ และเพิ่มอัตราผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ติดต่อได้

3. การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการปฏิบัติงานของ อสม. ที่ใช้ความรู้ความสามารถในการกระทำหรือดำเนินการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยใน

ระยะพักฟื้น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้พิการ โดยการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำการดูแล ช่วยเหลือให้มีความสามารถทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และการประกอบอาชีพ อย่างเต็มที่ สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในทุกด้านของชีวิต ให้มีทักษะความสามารถเกิดขึ้นและ/หรือกลับมา หรือใช้ทดแทนทักษะความสามารถที่สูญเสียหรือขาดหายไป หรือที่ถูกจำกัด ตลอดจนติดตามผู้ป่วยที่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการทางสังคม และการดำรงชีวิต

4. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เป็นการปฏิบัติงานของ อสม. ที่ใช้ความรู้ความสามารถในการกระทำหรือดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านยา อาหาร เครื่องสำอาง อย่างถูกต้อง และปลอดภัย สามารถวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่อย่างเหมาะสม เช่น อาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ ที่มีการโฆษณาเกินจริง มีการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนินงานตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการปฏิบัติงานของ อสม. ในประเทศไทย ในช่วงเริ่มแรก ประสบความสำเร็จในงานสาธารณสุขมูลฐาน การวางแผนครอบครัว สามารถเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดและลดอัตราการเกิดได้ตามเป้าหมาย ลดอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ลดการเจ็บป่วย ลดการตายและอื่น ๆ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น (Kok et al.,

2015) จากการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผลการปฏิบัติงานของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นผลการปฏิบัติงานเฉพาะด้าน และมีระดับผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันไป โดยมีผลการปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของ อสม. ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554, 2562)

1. การส่งเสริมสุขภาพ อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจำนวน 1-2 ครั้งต่อเดือน หรือ 3 ครั้งต่อเดือน (ยุทธนา แยกคาย, 2563) ซึ่งไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างน้อย 4 ครั้งต่อเดือน และน้อยกว่าการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า อสม. มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก (แจ่มนภา ใจคำ, ชลียา ศิริกาล, ถนอมศักดิ์ บุญสูง, และแก้วใจ มาลัย, 2561; เตือนใจ ปาประโคน และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, 2556) และมีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง (เกียรติศักดิ์ ศรีวงษ์ชัย, 2554; อภิลิทธิ บุญเกิด, 2553) ดังนั้น อสม. ควรมุ่งเน้นการพัฒนาผลการปฏิบัติในบทบาทการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

2. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค จำนวน 4 ครั้งต่อเดือน หรือมากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน (ยุทธนา แยกคาย, 2563) ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างน้อย 4 ครั้งต่อเดือน และสูงกว่าการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติงานฟื้นฟูสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า อสม. มีการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับดี (สิวลี รัตนปัญญา, 2561) มีบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูง (บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และปัทมา รักเกื้อ, 2561) มีการปฏิบัติงานป้องกันโรคไม่ติดต่อในระดับสูง

(มัทนา อัสวสัมฤทธิ์, ชุติกร ด้านยุทธศิลป์, และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช, 2561) มีการปฏิบัติดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานในระดับสูง (พิมพ์ณัฏสร ทองทราย, แสงทอง ชีระทองคำ, นพวรรณ เปียชื่อ, และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, 2561) มีการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง (ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ, 2561) มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในด้านการป้องกันโรคในระดับปานกลาง (เกียรติศักดิ์ ศรีวงษ์ชัย, 2554; อภิลิทธิ บุญเกิด, 2553) และมีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในระดับปานกลาง (ณัฐวดี ช่วยหอม, 2561) ทั้งนี้ อสม. ควรรักษามาตรฐานการปฏิบัติในบทบาทการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ให้คงที่หรือเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม

3. การฟื้นฟูสุขภาพ อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานฟื้นฟูสุขภาพ จำนวน 1-2 ครั้งต่อเดือน หรือ 3 ครั้งต่อเดือน (ยุทธนา แยกคาย, 2563) ซึ่งไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างน้อย 4 ครั้งต่อเดือน และน้อยกว่าการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า อสม. มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในด้านการฟื้นฟูในระดับปานกลาง (เกียรติศักดิ์ ศรีวงษ์ชัย, 2554; อภิลิทธิ บุญเกิด, 2553) และมีการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในระดับปานกลาง (ภริญา จำปาศรี, สมสมัย รัตนกริชากุล, และวรรณรัตน์ ลาวัณ, 2560) ดังนั้น อสม. ควรมุ่งเน้นการพัฒนาผลการปฏิบัติในบทบาทการฟื้นฟูสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

4. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จำนวน 4 ครั้งต่อเดือน หรือมากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน (ยุทธนา แยกคาย, 2563) ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างน้อย 4 ครั้งต่อเดือน และสูงกว่า

การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติงานฟื้นฟูสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า อสม. มีการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การให้สุขศึกษา การตรวจผู้ผลิต ผู้ขาย ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การเฝ้าระวังปัญหาในพื้นที่ และการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายในพื้นที่ (วีระพงษ์ นวลเนื่อง, สมโภช รติโอพาร, และวรางคณา จันทร์คง, 2558) และมีการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในระดับปานกลาง (มนู เกตุเอี่ยม และยุทธนา แยกคาย, 2563) ดังนั้น อสม. ควรมุ่งเน้นการพัฒนาผลการปฏิบัติในบทบาทการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของ อสม. เป็นสมรรถนะร่วมที่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. ในทุก ๆ ด้าน และ อสม. ทุกคนจะต้องถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 โดย อสม. ต้องมีการปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จำนวน 4 ครั้งต่อเดือน หรือมากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน (จำนวนครั้งหมายถึง จำนวนวันในการปฏิบัติงาน) ทั้งนี้ การพัฒนาผลการปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของ อสม. มีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อ อสม. โดยผู้เขียนมีข้อเสนอในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานตาม

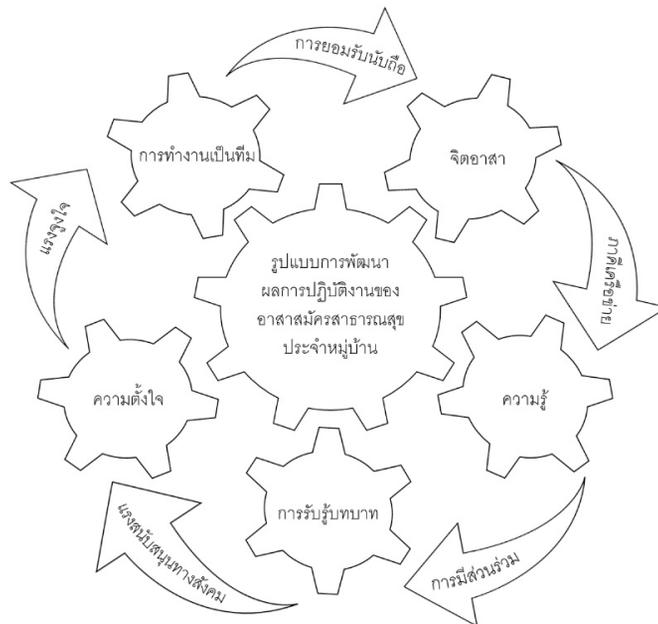
บทบาทที่สำคัญของ อสม. ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ความถี่ในการปฏิบัติงาน อสม. ควรปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งเหมาะสมกว่าการปฏิบัติงานติดต่อกัน 4 ครั้งภายในสัปดาห์แรกของเดือน เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- 2) ลักษณะการปฏิบัติงาน อสม. ไม่ควรมุ่งเน้นการปฏิบัติงานตามบทบาทเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง เพราะอาจทำให้ผลการปฏิบัติงานด้านอื่น ๆ มีประสิทธิภาพลดลง
- 3) ช่วงเวลาในการปฏิบัติงาน นอกจาก อสม. จะปฏิบัติงานตามช่วงเวลาที่กำหนดแล้ว ยังต้องปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นตามบริบทของพื้นที่ หรือตามช่วงปฏิทินการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุข
- 4) จุดมุ่งเน้นของการปฏิบัติงานในบทบาทแต่ละด้าน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อสม. ควรมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค อสม. ควรให้ความสำคัญอย่างเท่าเทียมกันระหว่างโรคติดต่อกับโรคไม่ติดต่อ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ อสม. ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยในระยะพักฟื้น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้พิการ ส่วนด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อสม. ควรมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ได้แก่ อาหาร ยา เครื่องสำอาง และเครื่องมือแพทย์ รวมถึงการโฆษณาเกินจริง และ 5) การใช้เครื่องมือที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน อสม. ควรมุ่งเน้นการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น การนำแอปพลิเคชันหน้าต่างเดียวสุขภาพ (Single Window) มาใช้ในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งแอปพลิเคชันดังกล่าวเป็นระบบเตือนภัยที่

รวบรวมข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจพบแล้วว่ามีสารอันตราย

นอกจากนี้ การพัฒนาผลการปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของ อสม. ควรมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของยุทธนา แยกคาย (2563) ซึ่งประกอบด้วย 10 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตอาสา (voluntary) ความรู้ (knowledge or erudition) การรับรู้บทบาท (role perception) ความตั้งใจ (intention) การทำงานเป็นทีม (teamwork) ภาวเครือข่าย (association network) การมีส่วนร่วม (participation) แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) แรงจูงใจ (motivation) และการยอมรับนับถือ (recognition) โดยการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของ อสม. เริ่มต้นด้วยการมีจิตอาสา เข้ารับการฝึกอบรมพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง รับรู้บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง มุ่งมั่นตั้งใจใน

การปฏิบัติงาน และทำงานเป็นทีมร่วมกับเพื่อน อสม. ภายใต้การส่งเสริม การสนับสนุน และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ และการยอมรับนับถือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม พบว่า ในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และจากการนำไปทดลองใช้พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. มีผลการปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพิ่มมากขึ้น (ยุทธนา แยกคาย, 2563) รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ที่มา: ยุทธนา แยกคาย, 2563)

สรุป

อสม. เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการจัดการกับปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา และเป็นส่วนหนึ่งของกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย จากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม. จำนวน 23 ลักษณะงาน มีสมรรถนะร่วม คือ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทั้งนี้ อสม. ควรได้รับการพัฒนาผลการปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 10 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตอาสา ความรู้ การรับรู้บทบาท ความตั้งใจการทำงานเป็นทีม ภาเคีหรือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ และการยอมรับนับถือ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของ อสม. ได้เป็นอย่างดี และส่งผลให้ อสม. มีผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ที่ดีเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). *คู่มือ อสม. มืออาชีพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *หนังสือที่ระลึกวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ ประจำปี พุทธศักราช 2560*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 ตอนพิเศษ 33 ง. สืบค้นจาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2554/E/033/1.PDF>*

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 70 ง. สืบค้นจาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/070/T_0007.PDF*

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทน เขียวยา ชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน พ.ศ. 2563 ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 194 ง. สืบค้นจาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/194/T_0030.PDF*

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521 – พ.ศ. 2557)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2559). *คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- เกียรติศักดิ์ ศรีวงษ์ชัย. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- แจ่มนภา ไชคำ, ชลธิชา ศิริกาล, ถนอมศักดิ์ บุญสุข, และแก้วใจ มาลีชัย. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 59–68.
- ณัฐวุฒิ ช่วยหอม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 32(1), 899–906.
- ดวงพร กัตัญญุตานนท์, อมลวรรณ อนุการ, เบญจมาศ โนนวัฒน์, ทศนีย์ คงคล้าย, ศรีจิตรา อินสว่าง, วชิราภรณ์ บรรหาร, และปิยาภรณ์ เวชการ. (2561). การปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 21(42), 1–12.
- เดือนใจ ปาประโคน, และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 31–38.
- บุญญาพัฒน์ ไชยเมธ, และปัทมา รักแก้ว. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 21(1), 31–39.
- พิมพ์ฉัตร ทองทราย, แสงทอง ชีระทองคำ, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, และกมลรัตน์ กิตติพิมพ์พานนท์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติการณ์ดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 148–158.
- กัญญา จำปาศรี, สมสมัย รัตนกรีกากุล, และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม. *วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 76–88.
- มนู เกตุเอี่ยม, และยุทธนา แยกคาย. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(2), 37–49.
- มัทนา อัสวสัมฤทธิ์, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 12(1), 95–105.
- ยุทธนา แยกคาย. (2563). *รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน* (ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- วีระพงษ์ นวลเนื่อง, สมโภช รติโอพาร, และวรางคณา จันทร์คง. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรสาคร. ใน *เอกสารการจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ครั้งที่ 5* (น. 1-14). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สิวลี รัตนปัญญา. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารราชพฤกษ์*, 16(2), 87-96.
- อภิสิทธิ์ บุญเกิด. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Kok, M. C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E. W., Kane, S. S., Ormel, H., ... Koning, K. A. M. de. (2015). Which intervention design factors influence performance of community health workers in low-and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy and Planning*, 30(1), 1207-1227. doi:10.1093/heapol/czu126
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: WHO Document Production Services.
- World Health Organization. (2020). *Thailand's 1 million village health volunteers- "unsung heroes" – are helping guard communities nationwide from COVID-19*. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/>

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น: แนวทางการป้องกันและเฝ้าระวัง

Unwanted Pregnancy in Adolescents: Guidelines for Prevention and Surveillance

อรทัย ปานเพชร, ส.ม. (การสร้างเสริมสุขภาพ)¹
Orathai Panpetch, M.P.H. (Health Promotion)¹
ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, ป.ศ.ด. (ประชากรศาสตร์)²
Pramote Wongsawat, Ph.D. (Demography)²

Received: October 4, 2020 Revised: December 13, 2020 Accepted: December 14, 2020

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการแก้ไข ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นประสบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เช่น การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลการใช้แอลกอฮอล์ การขาดความรู้ความเข้าใจในการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายของมารดาวัยรุ่นและทารก ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ในการป้องกันและเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นนั้น สถาบันการศึกษา สถานบริการสุขภาพ ครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ควรร่วมกันดำเนินการโดยใช้กลวิธีต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ 1) จัดการสอนเพศศึกษาที่มีคุณภาพ 2) จัดบริการคุมกำเนิดและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น 3) มีการสื่อสารเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์กับวัยรุ่นอย่างเหมาะสม 4) จัดพื้นที่ให้วัยรุ่นได้แสดงความคิดสร้างสรรค์ตามความต้องการของตน และ 5) มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน

คำสำคัญ: วัยรุ่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การป้องกัน การเฝ้าระวัง

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

¹ Assistant Professor, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) Email: orathai_pan@hotmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

Abstract

Adolescent pregnancy is one of the critical problems that needs cooperation from a diversity of agencies in address the problem. The factors are related to unwanted pregnancy, including sexuality resulting from use of alcohol, lack of knowledge about contraception, and misunderstanding about contraception. Unplanned pregnancy impacts physical health of adolescent mothers and their infants, psychological health, families, economic status, and social aspects. In terms of prevention and surveillance of unwanted pregnancy in adolescents, educational institutions, health services, families, local government organizations, and communities should use various strategies, including 1) provide effective sex education, 2) provide friendly contraceptive and reproductive health services, 3) communicate about pregnancy prevention with adolescents appropriately, 4) provide an area for displaying creative thinking of adolescents, and 5) monitor risk behavior of pregnancy among adolescents in communities.

Keywords: Adolescent, Unwanted pregnancy, Prevention, Surveillance

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์มีอายุระหว่าง 10-19 ปี (World Health Organization [WHO], 2017) ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ก่อนวัยที่เหมาะสมในการเป็นมารดา และอีกความหมายหนึ่ง คือ การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง หรือไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มีการเตรียมตัว อาจทำให้เด็กทารกที่คลอดออกมามีความผิดปกติ หรือมีสุขภาพร่างกายไม่สมบูรณ์แข็งแรง (ปวีณภัทร นิธิตันดิวัฒน์ และขวัญใจ เพทายประกายเพชร, 2559) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์หลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลง

ด้านสังคม เศรษฐกิจ การขาดโอกาสทางการศึกษา การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลการใช้แอลกอฮอล์ การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้ความเข้าใจในการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2562) จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ พบว่า หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 47.60 ไม่ได้คุมกำเนิด เนื่องจากขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา การวางแผนครอบครัว และวิธีการคุมกำเนิด รวมถึงมีการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง (มรกต สุวรรณวิช, 2559) โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้วัยรุ่นประสบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นมีผลต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะเสียโอกาสทางการศึกษาหรือการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถในการดำเนินชีวิตที่

มีคุณภาพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น และแนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น เพื่อให้ผู้อ่านได้แนวทางในการส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักและความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ต่อไป

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ในสตรีอายุ 10–19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2560) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ ซึ่งมีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน ในปัจจุบัน วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากขึ้น แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันที่ถูกวิธี จึงทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2014 ระบุว่า หญิงอายุ 15–19 ปี ทั่วโลก มีการคลอดบุตรประมาณ 16 ล้านคน คิดเป็นอัตราการคลอดมีชีพร้อยละ 11 ของประชากรทั่วโลก โดยร้อยละ 95 ของการคลอดส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ น้อยถึงปานกลาง (WHO, 2014) ส่วนในภูมิภาคอาเซียนพบว่า ประเทศที่มีปัญหาวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี ตั้งครรภ์และคลอดในอัตราสูง คือ ลาว ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย และกัมพูชา โดยมีสถิติการคลอดในวัยรุ่นเท่ากับ 110 คน 53 คน 52 คน และ 48 คน ต่อพันประชากร ตามลำดับ (WHO, 2013a) ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สิงคโปร์ ญี่ปุ่น ฟินแลนด์ เดนมาร์ก สวีเดน มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี ต่ำกว่า 10 คน ต่อพันประชากร (ศิริพร จิรวรรณกุล และคณะ, 2560)

สำหรับประเทศไทย จากการรายงานในช่วง

ปี พ.ศ. 2557–2560 ระบุว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15–19 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.90, 44.80, 42.50 และ 39.60 ตามลำดับ และมีการคลอดซ้ำ (ครั้งที่ 2) ของมารดาวัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 12.80, 12.50, 12.20 และ 11.10 ตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2561) จะเห็นว่า อัตราการคลอดมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงถือว่าเป็นสถิติที่สูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน ตัววัยรุ่นเองยังไม่มีความพร้อมในการเป็นมารดา ร่างกายยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และไม่มีความเป็นผู้ใหญ่ ก่อให้เกิดปัญหาการทำแท้งหรือการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีที่ไม่ปลอดภัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายหรือถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีผลลัพธ์สองทาง คือ การเกิดมีชีพและการเกิดไม่มีชีพ การแท้งเองและการทำแท้ง ซึ่งทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ โดยผลกระทบด้านสุขภาพกายและจิตใจจะเกิดขึ้นโดยตรงต่อตัววัยรุ่นเองและทารก ส่วนด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวของวัยรุ่นและวัยรุ่นตั้งแต่ตั้งครรภ์เท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจในระดับชาติด้วย ซึ่งผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น สรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย สำหรับผลกระทบต่อมารดาวัยรุ่น วัยรุ่นที่มีอายุน้อยอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการมีการพัฒนาระบบต่างๆ ของร่างกายให้พร้อมกับการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงมี

ปัญหาสุขภาพมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยอื่น ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เช่นภาวะซีดหรือโลหิตจาง การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มดลูกอักเสบ ภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด การตกเลือดหลังคลอด กรณีทำแท้งผิดกฎหมาย อาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งซึ่งอาจเกิดจากเครื่องมือไม่สะอาดหรือการทำไม่ถูกวิธีทางการแพทย์ ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ (ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และขวัญใจ เพทนายประกายเพชร, 2559) ส่วนผลกระทบต่อทารก คือ ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (สำนักอนามัย การเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2560)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ มารดาวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.80 (กุศลภรณ์ วงษ์นิยม และสุพร อภินันทเวช, 2557) ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบทั้งต่อมารดาและทารก นอกจากนี้ยังเกิดความวิตกกังวลหรือความเครียดเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา เพราะมีความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์หรือเกิดแรงกดดัน ถูกล้อเลียนจากเพื่อนรอบข้าง จนทำให้เกิดความอับอาย (สุดาภรณ์ อรุณดี, วุฒิสภรณ์ จุฑาจิโรจน์, พรรณทิพย์ กาหะยี, และวรวุฒิ พึ่งพัก, 2559)

3. ผลกระทบด้านครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดความอับอาย สร้างความทุกข์ใจแก่บิดามารดาหรือผู้ปกครอง และเสื่อมเสียชื่อเสียงวงศ์ตระกูล ซึ่งบางครอบครัวอาจมีบิดามารดาหรือผู้ปกครองช่วยในการเลี้ยงดูบุตร แต่บางครอบครัว ฝ่ายชายไม่รับผิดชอบหรือไม่ยอมรับ มีการทอดทิ้งให้ฝ่ายหญิงเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง (ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และขวัญใจ เพทนายประกายเพชร, 2559)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการรายงานของกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ระบุว่า มารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่คลอดบุตรคนแรก

จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 51 และมารดาวัยรุ่นร้อยละ 59 ไม่มีงานทำ และร้อยละ 45 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดของประเทศ (UNICEF, 2010) และมีภาระเรื่องค่ารักษาพยาบาลขณะตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากไม่มีงานทำ และมีกรรายงานการเพิ่มขึ้นของอัตราการออกจากโรงเรียนกลางคันของนักเรียนด้วยเหตุสมรส เมื่อการศึกษาไม่สูงทำให้โอกาสในการทำงานที่ดีมีน้อย มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ ต้องพึ่งพิงครอบครัว และสังคมต้องอุ้มชู นำไปสู่ผลกระทบด้านสังคมต่อไป (ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ, 2558)

5. ผลกระทบด้านสังคม พบปัญหาการแยกทางกัน ทำให้ทารกที่เกิดมามีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องเผชิญกับปัญหาครอบครัวแตกแยก ขาดความรักความอบอุ่น มีความรู้สึกไม่มั่นคง เป็นเด็กกำพร้าหรือถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง หากไม่ได้รับการใส่ใจดูแลหรือประคับประคองเป็นอย่างดีจากครอบครัว ชุมชน และสังคม อาจกลายเป็นเด็กและเยาวชนที่ก่อปัญหาสังคม เช่น เด็กกระทำผิด ประพฤติผิดทางเพศ ติดยาเสพติด เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะขาดทักษะในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (สุดาภรณ์ อรุณดี และคณะ, 2559)

จะเห็นว่า การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน การป้องกันปัญหาดังกล่าวจึงมีความสำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันหลายประการ ไม่ว่าจะเป็น ประเพณี วัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ การขาดโอกาสทางการศึกษา การมี

เพศสัมพันธ์จากอิทธิพลการใช้แอลกอฮอล์ การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้ความเข้าใจในการคุมกำเนิด และการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง จากรายงานของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย (2562) ระบุว่า มารดาวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 60.60 ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ และมีมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ และไม่มีมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ โดยไม่ได้ตั้งใจ และไม่รู้จักวิธีการคุมกำเนิด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น มีดังนี้

1. ความรู้ในการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นมากที่สุด จากการศึกษาของ Chopra and Dhaliwal (2010) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด วัยรุ่นที่ไม่คุมกำเนิดส่วนใหญ่ไม่มีความรู้หรือมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดไม่เพียงพอ โดยมีความเห็นว่า “อยู่กับแฟนมาเป็นปี ใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับหลังภายนอก ก็ไม่เคยท้อง ไม่คิดว่าจะท้อง” และ “ได้รับยาคุมกำเนิด ได้มาแต่ใช้ไม่เป็น เช่น กินไม่ตรงเวลาหรือลืมกินบ่อย ๆ เลยพลาด” (มาลี เกื้อนพกุล, 2556) และการศึกษาของ Wang et al. (2015) พบว่า นักศึกษาที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดในระดับต่ำ ซึ่งความรู้ในการคุมกำเนิดยังมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการคุมกำเนิด กล่าวคือ วัยรุ่นที่มีความรู้ในการคุมกำเนิดในระดับสูงจะมีโอกาสมีทัศนคติเห็นด้วยกับการคุมกำเนิดในระดับสูงเช่นกัน (มาลี เกื้อนพกุล, 2556)

2. ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดของวัยรุ่น จากการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวก และทำนายพฤติกรรม

การคุมกำเนิดของวัยรุ่นได้ (อภิเชษฐ จำเนียรสุข, รัตนาภรณ์ อาษา, พิษสุตา เดชบุญ, และภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ, 2560) และการศึกษาของ Basri, Deoisres, and Suppaseemanont (2014) พบว่า ทัศนคติต่อการคุมกำเนิด การรับรู้ว่าตนเองควบคุมการคุมกำเนิดได้ และการรับรู้อุปสรรคต่อการคุมกำเนิด สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการคุมกำเนิดได้ร้อยละ 18.20 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับต่ำ

3. การสนับสนุนจากครอบครัว หรือการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี หากบิดามารดาหรือผู้สมรสยินยอมหรือเห็นด้วยในการคุมกำเนิด จะทำให้สตรีวัยรุ่นเห็นว่าการคุมกำเนิดเป็นเรื่องที่ดี สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ และเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ไม่ใช่เรื่องยาก (มนชนก พัฒน์คล้าย, อารี พุ่มประไพทย์, และสาโรจน์ เพชรธณิ, 2559)

4. การรับบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ พบว่า การรับบริการคุมกำเนิดที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ อาจเกิดจาก 2 ประเด็น คือ 1) การที่วัยรุ่นได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดไม่เพียงพอ และ 2) การมีทางเลือกของบริการคุมกำเนิดที่จำกัด ทั้งสถานบริการที่สามารถเข้าถึงได้ และวิธีการคุมกำเนิดที่เลือกได้ รวมทั้งการที่ผู้ให้บริการมีการอธิบายเพียงสั้น ๆ เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด โดยไม่ได้คำนึงถึงข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับความต้องการของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นเข้าไม่ถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างคำกล่าวของมารดาวัยรุ่นที่ว่า “ตอนหลังคลอด ที่โรงพยาบาลเขาบอกที่นี่มีแต่กินยา ฉีด ทำหมัน ห่วงอนามัย แล้วก็ไม่ได้บอกอะไรอีก เราเลยเลือกกินยา” (ฤดี ปุงบางกะดี และเอมพร รตินธร, 2557) และ “ไม่กล้าเข้ารับยาคุมกำเนิดหรือฉีดยาคุมกำเนิดในสถานบริการในชุมชน แม้ว่าจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายก็ตาม เพราะกลัวว่าจะมีคนรู้จักแล้วเอาไปนินทา ทำให้เกิดความอับอาย

หรือเอาไปบอกพ่อแม่ ทำให้โดนดู” (สุดากรณ์ อรุณดี และคณะ, 2559)

หากบุคลากรทางสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นข้างต้น จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการกำหนดแนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นได้ต่อไป

แนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกได้ทำการศึกษาและพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไว้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การป้องกันการแต่งงานก่อนวัยอันควร 2) การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 3) การให้การศึกษาเรื่องเพศและการให้โอกาสทางการศึกษา 4) การเพิ่มการใช้ยาคุมกำเนิดให้มากขึ้น 5) การลดการถูกบังคับเรื่องเพศ และ 6) การป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัยและการดูแลก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดอย่างปลอดภัย และการดูแลหลังคลอด ซึ่งการกำหนดแนวทางดังกล่าวเพื่อให้ประเทศที่กำลังพัฒนานำไปปรับใช้กับประเทศของตน ตามความเหมาะสมและตามบริบท เช่น การจัดโปรแกรมเพิ่มทักษะชีวิตการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การลดการออกจากโรงเรียน หรือโปรแกรมการสอนเพศศึกษาที่สอดคล้องกับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะด้านการคุมกำเนิด (WHO, 2013b) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการแก้ไขปัญหาก็ได้จากการถอดบทเรียนของประเทศที่ประสบปัญหามาก่อน เช่น อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น เกาหลี ซึ่งประเทศเหล่านี้มีการดำเนินการเชิงบูรณาการของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดหลัก โดยมีกิจกรรมหลัก

ที่อยู่ภายใต้แนวคิดการดำเนินงานเชิงบูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งมีความแตกต่างกันบ้างในแต่ละประเทศ แต่จะมีกิจกรรมหลักที่เหมือนกัน คือ การสอนเพศศึกษารอบด้าน การจัดบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น และการมีส่วนร่วมของวัยรุ่น (ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ, 2560)

สำหรับประเทศไทย ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ระดับชาติในการแก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครั้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นกระทรวงหลักในการดำเนินงาน แต่การดำเนินงานยังคงเป็นแบบแยกส่วน จึงไม่สามารถลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ ในปี พ.ศ. 2556 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการตั้งทีมประสานงานกลางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทำหน้าที่เป็นตัวกลางให้ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และผลักดันให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการ ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องพยายามทำงานตามบทบาทหน้าที่ แต่ขาดการประสานงานหรือการทำงานร่วมกัน ส่วนหนึ่งเนื่องจากไม่มีกลไกกลางในการกำหนดทิศทางการทำงาน (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2558) ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยจึงได้นำองค์ความรู้การบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศอังกฤษ มาเป็นต้นแบบหลักในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีการทำงานเชิงบูรณาการตามกรอบยุทธศาสตร์หลักที่เรียกว่า The Big P Requirements หรือ Big Policy (Ingham, 2014) (ดังแสดงในแผนภาพที่ 1) ซึ่งการดำเนินงานเกิดจากการประสานการทำงานร่วมกันโดยมีชุมชน

และวัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วม และได้มีการวางแนวทางไว้ 3 ประการ ได้แก่ 1) การป้องกันให้ดีที่สุด 2) การดูแลช่วยเหลือให้ดีที่สุด และ 3) มีการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจตรงกัน อันเป็นการช่วยเหลือครอบครัวของวัยรุ่นให้สามารถตั้งหลักได้ และเป็นการวางกรอบเพื่อเป็นแนวทางในการทำงานแบบบูรณาการทั้ง

ในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น จนทำให้อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศอังกฤษลดลงได้ร้อยละ 40 ภายในระยะเวลา 10 ปี (Hadley, Ingham, & Chandra-Mouli, 2016; Ingham, 2014)



แผนภาพที่ 1 The Big P Requirements (ที่มา: Ingham, 2014)

ทั้งนี้ การกำหนดกลไกการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขการตั้งครกใน วิทยาลัยแบบบูรณาการ เพื่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครกในวิทยาลัยในระดับประเทศ มีการ ดำเนินงานตามภารกิจหลัก มีคณะกรรมการประสาน ยุทธศาสตร์ส่วนกลางที่มีหน้าที่ในการประสาน นโยบายและรับฟังเสียงสะท้อนจากการติดตาม ผลงานในระดับพื้นที่ โดยมีจังหวัดนำร่อง 20 จังหวัด ทั้งในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราการคลอดของ

วัยรุ่นสูงและต่ำ จากการสรุปบทเรียนการดำเนินงานใน ปี พ.ศ. 2558 พบว่า การทำงานระหว่างหน่วยงาน เป็นความท้าทายหลัก และเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จ ซึ่งมียุทธศาสตร์ประกอบที่สำคัญดังแสดงในตารางที่ 1 และ จากการดำเนินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขการตั้งครกในวิทยาลัยแบบบูรณาการ นำมาสู่การกำหนดพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครกในวิทยาลัย พ.ศ. 2559 เพื่อเป็น แนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครก ของวัยรุ่นต่อไป (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2558)

ตารางที่ 1 การสรุปบทเรียนการดำเนินงานตามกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไข การตั้งครกในวิทยาลัยแบบบูรณาการ ปี พ.ศ. 2558

1. กลไกคณะกรรมการที่เป็นทางการ มีผู้นำที่เข้มแข็ง เพื่อให้การสนับสนุนนโยบายและแก้ไข ปัญหาเชิงระบบ	2. ตัวเชื่อมประสาน หรือผู้จัดการ ต้องมี สมรรถนะในการสร้างสัมพันธภาพ รู้และ เข้าใจงาน และมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ประสานระหว่างคณะกรรมการ/ผู้บริหาร หน่วยงาน/ทีมปฏิบัติงานในพื้นที่
3. ข้อตกลงและความเข้าใจในการทำงานแบบ บูรณาการ มีการแบ่งบทบาท สนับสนุน ส่งเสริม ซึ่งกันและกัน ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับพื้นที่เน้น การประสานงานแบบแนวราบมากกว่าแนวตั้ง	4. ทีมที่เล็งมีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะในระยะ เริ่มต้น โดยช่วยในกระบวนการสร้างทีมแกนนำ และสามารถให้คำปรึกษาและเติมเต็มความรู้ ทางวิชาการ
5. โรงเรียนที่จัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาอย่าง มีคุณภาพยังมีน้อย และยังคงขาดเครื่องมือหรือ แนวทางการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมในกลุ่ม อายุ 10-14 ปี และวัยรุ่นนอกระบบโรงเรียน	6. สถานศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่เอื้อให้วัยรุ่นที่ตั้งครก ได้ศึกษาต่อ
7. ทักษะคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการยุติ การตั้งครก ยังเป็นอุปสรรคสำคัญ ทำให้วัยรุ่น ที่เผชิญปัญหาต้องพบกับความเสี่ยงจาก การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย	8. เครื่องข่ายการทำงานด้านการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครกในวัยรุ่นในระดับท้องถิ่น ทั้งด้านการศึกษา ด้านสวัสดิการสังคม และด้านการดูแล ใฝ่ระวัง ช่วยเหลือในชุมชน ยังคงต้องการการสนับสนุนให้เข้มแข็ง

ตารางที่ 1 การสรุปทเรียนการดำเนินงานตามกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไข การตั้งครรภในวัยรุ่นแบบบูรณาการ ปี พ.ศ. 2558 (ต่อ)

9. ระบบการดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ ทั้งในสถาน บริการสุขภาพและบ้านพักฉุกเฉิน ยังขาด ความละเอียดอ่อนในการจัดบริการที่มีลักษณะ เฉพาะ	10. กิจกรรมพัฒนาทักษะผู้ประกอบการในการสื่อสาร เชิงบวกและการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ได้รับความสนใจจากองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นจำนวนมาก ในหลายจังหวัดได้รับการ สนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในการขยายผลการจัดกิจกรรม ออกไปในพื้นที่นอกเหนือโครงการ
11. ในจังหวัดส่วนใหญ่ วัยรุ่นยังไม่มีส่วนร่วมใน การคิด การทำ และการประเมินการทำงาน ในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ ในวัยรุ่น แต่บางจังหวัดมีการดำเนินงานร่วม กับวัยรุ่น แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่มี บทบาทอยู่ในระดับท้องถิ่น	12. การประชาสัมพันธ์ให้วัยรุ่นทราบถึงแหล่ง ข้อมูล แหล่งให้คำปรึกษา และหน่วยบริการ สุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น ยังมีข้อจำกัด ทำให้วัยรุ่นที่เผชิญปัญหา เข้าไม่ถึงข่าวสารและบริการ
13. ในทุกจังหวัดยังมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ ค้นห และเข้าถึงการทำงานการป้องกันใน วัยรุ่นกลุ่มเปราะบาง	14. ระบบติดตามและประเมินภายใน เพื่อปรับ และพัฒนากระบวนการทำงาน ยังขาดการให้ ความสำคัญ ยังขาดระบบข้อมูล ระบบ การจัดเก็บข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลที่สามารถ ใช้ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็น ปัญหา

ที่มา: ศิริพร จิรวรรณกุล (2558)

สำหรับสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้มีการดำเนินการจัดตั้งระบบการเฝ้าระวัง การตั้งครรภมารดาวัยรุ่นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 มีการศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภในวัยรุ่น ลักษณะ พื้นฐานของมารดาวัยรุ่นด้านสังคมและผู้เกี่ยวข้อง สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบของการตั้งครรภ ในวัยรุ่น โดยการเก็บข้อมูลมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภและตรวจหลังคลอด

ในโรงพยาบาล ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม ของทุกปี และในปี พ.ศ. 2562 ผลการเฝ้าระวังชี้ให้เห็นว่าควรมีการพัฒนา รูปแบบและคุณภาพของ ระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ครอบคลุมบริการที่จำเป็นทุกด้านที่เป็นมิตร และให้ได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค รวมถึง จัดให้มีบริการให้การปรึกษาการวางแผนครอบครัว ในการตั้งครรภไม่พร้อมในทุกกลุ่มอายุ มีแนวทาง

การจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น ในโรงพยาบาลทุกแห่ง และมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2562)

จากการดำเนินงานการป้องกันและเฝ้าระวัง การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่กล่าวมา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถาบันการศึกษา สถานบริการ สุขภาพ ครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ควรมีการดำเนินงานเชิงรุกหรือ การรณรงค์การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสอดคล้อง กับความต้องการของวัยรุ่น มีการประสานงาน การขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกภาคส่วนอย่าง จริงจังและต่อเนื่องในการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น มีการประสานให้ ครอบครัว ตัววัยรุ่น และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน โดยควรมีการติดตามประเมินผล การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีการถอดบทเรียน เพื่อนำไปพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นควรมี การดำเนินการ ดังนี้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2558)

1. สถาบันการศึกษา ควรมีการจัดหลักสูตร การสอนเพศศึกษาให้มีคุณภาพ เนื้อหาประกอบด้วย เรื่องเพศและสัมพันธ์ทางเพศ การคุมกำเนิด การส่งเสริมทัศนคติในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด การเพิ่มทักษะชีวิต และการป้องกัน ในกลุ่มเปราะบางหรือกลุ่มเสี่ยง จัดช่องทางการเข้าถึงการให้คำปรึกษาเรื่องสัมพันธ์ทางเพศ และการคุมกำเนิดในโรงเรียน ครูหรืออาจารย์ผู้สอน ควรมีทัศนคติที่ดีต่อการสอนเพศศึกษา มีเทคนิค การสอนที่ดี ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เน้นการสอนเชิง

ปฏิบัติการมากกว่าการบรรยาย เพื่อให้วัยรุ่นมีทักษะ ในการนำไปปฏิบัติ มีการจัดกิจกรรมเสริมนอก หลักสูตรด้านการป้องกันการตั้งครรภ์และการคุม กำเนิด เพื่อให้นักเรียนมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันการ ตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด

2. สถานบริการสุขภาพ ควรมีการจัดบริการ ที่สอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่นและพ่อแม่/ ผู้ปกครองในเรื่องการคุมกำเนิด จัดช่องทาง การเข้าถึงบริการ และให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น มีการสื่อสาร ให้ข้อมูล และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง มีการให้คำปรึกษา เรื่องการวางแผนครอบครัวในการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในทุกกลุ่มอายุ

3. ครอบครัว พ่อแม่/ผู้ปกครองควรมีการค้นหา ความรู้เรื่องสัมพันธ์ทางเพศ การคุมกำเนิด เพื่อ สามารถให้คำปรึกษาแก่บุตรได้ และมีการสื่อสารที่ดี กับบุตรวัยรุ่น ให้ความรัก ความใส่ใจ และเข้าใจบุตร วัยรุ่น กล้าที่จะพูดคุยเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิดกับบุตรได้อย่างเปิดเผย

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ควรมีการสนับสนุนพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับวัยรุ่น จัดช่องทางเข้าถึงบริการคุมกำเนิดในแหล่งชุมชน มีระบบการติดตามข้อมูลในระดับท้องถิ่นเพื่อเป็น ข้อมูลในการดำเนินงาน จัดกิจกรรมเพิ่มความรู้ให้ แก่พ่อแม่/ผู้ปกครอง จัดแหล่งค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับ การป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดสำหรับ วัยรุ่นและพ่อแม่/ผู้ปกครอง จัดพื้นที่ให้วัยรุ่นได้ แสดงความคิดสร้างสรรค์ตามความต้องการของ ตน มีการเฝ้าระวังวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเปราะบาง และมีการตรวจตราพื้นที่เสี่ยงที่อาจเป็นแหล่งรวม ตัวของกลุ่มวัยรุ่น

สรุป

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การขาดโอกาสทางการศึกษา การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลการใช้แอลกอฮอล์ การขาดความรู้ความเข้าใจในการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นมีผลต่อคุณภาพชีวิตของตัวเอง เนื่องจากจะเสียโอกาสทางการศึกษาหรือการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถในการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายของวัยรุ่นและทารก จิตใจและอารมณ์ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นประกอบด้วย ความรู้ในการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิดของวัยรุ่น การสนับสนุนจากครอบครัว และการรับบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการป้องกันและเฝ้าระวัง ซึ่งแนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ได้แก่ สถาบันการศึกษา สถานบริการสุขภาพ ครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน โดยควรมีการประสานการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กุตลาภรณ์ วงษ์นิยม, และสุพร อภินันทเวช. (2557). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(3), 195–205.

ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และขวัญใจ เพทายประกายเพชร. (2559). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง: แนวทางการป้องกันสำหรับวัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 22(2), 133–146.

มนชนก พัฒนคล้าย, อารี พุ่มประไวทย์, และสาโรจน์ เพชรมณี. (2559). ประสบการณ์การตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตรของวัยรุ่นในเขตพื้นที่อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(1), 21–32.

มรกต สุวรรณวิช. (2559). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดในโรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4–5*, 35(3), 150–157.

มาลี เกื้อนพกุล. (2556). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น... ปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไข. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(พิเศษ), 33–46.

ฤดี ปูบางกะดี, และเอมพร รตินธร. (2557). ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำของสตรีวัยรุ่นไทย: กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(2), 23–31.

ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2558). รูปแบบการบูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาคำตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(2), 5–19.

ศิริพร จิรวัดน์กุล, วรุณี ฟองแก้ว, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, กฤตยา แสงเจริญ, เสาวลักษณ์ เศรษฐีกุล, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, ... ทรงพร จันทรพัฒน์. (2560). ตัวแบบการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: ความหมายและการดำเนินงาน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(3), 5–24.

- ศิริพร จิรวัดณ์กุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, กฤตยา แสงเจริญ, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, นิบลล รุจิระประเสริฐ, ... วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2558). *การดำเนินงานเชิงบูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2560). *สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี พ.ศ. 2559*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2561). *สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี พ.ศ. 2560*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2562). *รายงานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น ปี พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุดาภรณ์ อรุณดี, วุฒิสพร ฉัฐจุโรจน์, พรรณทิพย์ กากหี, และวราวุฒิ พึ่งพัก. (2559). ความต้องการของแม่วัยรุ่นเพื่อการแก้ไขปัญหาและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น. *วารสารสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 19(19), 276–289.
- อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, รัตนาภรณ์ อาษา, พิษสุดา เดชบุญ, และภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ. (2560). ทักษะคิดต่อการคุมกำเนิดของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(3), 79–90.
- Basri, R., Deoisres, W., & Suppaseemanont, W. (2014). Factors predicting contraceptive use among women seeking induced abortion in Dhaka, Bangladesh. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 9(2), 75–81.
- Chopra, S., & Dhaliwal, L. (2010). Knowledge, attitude and practices of contraception in urban population of North India. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 281(2), 273–277.
- Hadley, A., Ingham, R., & Chandra-Mouli, V. (2016). Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999–2010): How was this done and what did it achieve?. *Reproductive Health*, 13, 139. doi10.1186/s12978-016-0255-4
- Ingham, R. (2014). Teenage pregnancy: Some learning from England. *Paper presented at National Conference on Health Sexuality*. Bangkok, 8–10 September, 2014.
- UNICEF. (2010). *The national campaign to prevent teen pregnancy: Teen pregnancy and education 2010*. Retrieved from https://www.unicef.org/botswana/Final_BCO_Public_Annualreport2010_20July.pdf

- Wang, H., Long, L., Cai, H., Wu, Y., Xu, J., Shu, C., ... Yin, P. (2015). Contraception and unintended pregnancy among unmarried female university students: A cross-sectional study from China. *PLoS ONE*, 10(6), e0130212. doi:10.1371/journal.pone.0130212
- World Health Organization. (2013a). *Trend in teen pregnancy and child bearing*. Retrieved from <http://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-health-topics/reproductive-health/teen-pregnancy/trends.html>
- World Health Organization. (2013b). WHO guidelines for preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes in adolescents in developing countries. *Journal of Adolescent Health*, 52, 517–522.
- World Health Organization. (2014). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- World Health Organization. (2017). *Adolescent development*. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/
-

การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

Promoting Individual and Family Self-management for Glycemic Control in Diabetic Patients with Cognitive Impairment

จันจิรา หินขาว, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Chanjira Hinkhaw, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

พกามาศ พิมพธรรสา, พย.บ. ²

บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ³

Pakamas Pimtara, B.N.S. ²

Busayarat Loysak, M.N.S. (Adult Nursing) ³

Received: December 5, 2020 Revised: December 23, 2020 Accepted: December 25, 2020

บทคัดย่อ

การสนับสนุนการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีประสิทธิภาพการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดข้อจำกัดในการจัดการตนเอง การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่จะช่วยทำให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งนี้ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อเข้าใจปัญหาและนำมาวางแผนให้สอดคล้องกับผู้ป่วย

¹ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

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

² พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

² Registered Nurse, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

³ Registered Nurse, Professional Level, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

เฉพาะราย โดยการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและมีความเฉพาะเจาะจง คือ แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment-Basic [MoCA-B]) เมื่อพยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องได้แล้ว ก็จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวได้

คำสำคัญ: การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาวะการรู้คิดบกพร่อง

Abstract

Promoting individual and family self-management is an effective method of behavior modification for glycemic control in diabetic patients with cognitive impairment. Those patients have the cerebral function decline causing the limitation of self-management. Enhancing family participation in planning and managing patient behaviors is very necessary. It is also a factor contributing to the success of glycemic control. Nurses are important persons who can assess and screen diabetic patients for understanding their problems for planning to each patient. Effective and specific instrument namely Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B) was utilized. When assessing cognitive impairment patients, nurses can bring this information used as a basis for caring and controlling the glycemic level among patients and their families.

Keywords: Promoting individual and family self-management, Glycemic control, Diabetic patient, Cognitive impairment

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยต่อแสนประชากรมากถึง 1,528.91 คน และโรคเบาหวานเป็น 1 ใน 5 ของโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรังที่พบมากที่สุดในประเทศไทย (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จะนำมาซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (จินตนา หามาลี, นัยนา พิพัฒน์วิเศษชา, และรวีวรรณ เผ่ากัณฑ์, 2557) ดังนั้น การควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แนวคิดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่อยู่กับผู้ป่วยไปตลอดชีวิต คือ การส่งเสริมการจัดการตนเอง อันเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคของตน โดยพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคอย่างง่ายและหลักการจัดการตนเอง รวมทั้งฝึกทักษะการจัดการตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรค และมีสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้น ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น (จันจิรา หินขาว, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, และสุนทรี เจียรวิทย์กิจ, 2562; สิริลักษณ์ ถุงทอง, 2557) แม้ว่าแนวคิดการจัดการตนเองจะให้ผลดีในเรื่องการควบคุมโรค แต่พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีส่วนที่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีภาวะการรู้คิดบกพร่องร่วมด้วย โดยพยาธิสภาพของโรคเบาหวานส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อมีความผิดปกติเลือดจะไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้น้อยลงรวมทั้งไปเลี้ยงสมองได้น้อยเช่นกัน ทำให้เซลล์สมองขาดเลือด เกิดการฝ่อลีบและตายในที่สุด ส่งผลต่อการรู้คิดที่ผิดปกติไป และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องและสมองเสื่อมได้ (Cooper, Li, Lyketsos, & Livingston, 2013) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.80-17.50 (Zhang et al., 2014) และเป็นสาเหตุของการควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ (Luchsinger et al., 2011; Shorr et al., 2006) แม้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในกลุ่มนี้จะมีลักษณะที่ยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่มีความคิดเชิงซ้อนบกพร่อง ส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้หรือการจดจำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มนี้ พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรเข้าใจลักษณะความพร่องทางการรู้คิดในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรองเพื่อแยกผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม เพื่อนำมาวางแผนการดูแลโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับภาวะการรู้คิดบกพร่องและผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการประยุกต์ใช้การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ภาวะการรู้คิดบกพร่องและผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของสมองที่อยู่ระหว่างภาวะการรู้คิดปกติ (normal cognitive) และภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น (mild dementia) มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ร่วมกับการมีความดันโลหิตสูงและระดับไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในสมอง คือ หลอดเลือดแข็งตัวหรือมีการตีบตัวผิดปกติ ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง (Zhang et al., 2019) เกิด

การฝ่อกของเนื้อสมองส่วนสีเทา (gray matter) ในบริเวณสมองกลีบขมับ (temporal cortex) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ โดยเฉพาะการจดจำสิ่งใหม่ๆ การเข้าใจความหมายและภาษา รวมถึงอารมณ์ ความรู้สึก (Moran et al., 2013) หากเกิดขึ้นในพื้นที่เล็ก ๆ อาจยังไม่มีอาการในระยะแรก แต่หากมีการตายของเนื้อสมองเนื่องจากการขาดเลือดเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก จนเนื้อสมองมีการตายเป็นจำนวนมาก จะส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาท (อภิชัย สิริกุลจิรา, 2560) ทำให้ผู้ป่วยมีการรู้คิดบกพร่องได้ ส่งผลต่อศักยภาพสมองในการทำหน้าที่เกี่ยวกับการรู้คิดในด้านต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย การบริหารจัดการ (executive function) การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) การใช้ภาษา (language) ทักษะทางสังคม (social cognition) ความตั้งใจจดจ่อและสมาธิ (complex attention) และการรับรู้ (perceptual-motor function) ผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องอาจมีการสูญเสียการรู้คิดด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านพร้อมกัน แต่จะไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และไม่เข้าเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม (Tangalos & Petersen, 2018) ภาวะการรู้คิดบกพร่องแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) ภาวะการรู้คิดบกพร่องปานกลาง (moderate cognitive impairment) และภาวะการรู้คิดบกพร่องรุนแรง (severe cognitive impairment) (ทัศนีย์ กาศทิพย์, สุปรีดา มั่นคง, และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2562)

แม้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องจะยังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ แต่ความสามารถของสมองในการจัดการเรื่องที่มีความซับซ้อนต่างๆ จะลดลง เช่น ความสามารถในการวางแผนทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มี

หลายขั้นตอน การตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม การมีความตั้งใจหรือสมาธิจดจ่อเพื่อปฏิบัติกิจกรรมในระยะยาว ซึ่งความบกพร่องเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีผลทำให้น้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ในเลือดเพิ่มขึ้น (Luchsinger et al., 2011) เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะการจัดการหรือควบคุมพฤติกรรมตนเอง รวมถึงการรับประทานยา และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ แต่หากผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง และมีภาวะการรู้คิดบกพร่องในด้านต่างๆ ก็จะทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมหรือดูแลตนเองได้ดีเท่าที่ควร โดยแบ่งองค์ประกอบของภาวะการรู้คิดบกพร่องต่อการควบคุมโรคออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ (Kanaya, Barrett-Connor, Gildengorin, & Yaffe, 2004; Palta, Schneider, Biessels, Touradji, & Hill-Briggs, 2014)

1. ด้านการบริหารจัดการ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องด้านนี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ การวางแผน การติดตามและประเมินอาการตนเอง (Vincent & Hall, 2015) รวมถึงการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถจัดการและควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถวางแผนในการควบคุมอาหาร การบริหารยา และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคได้ ไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาหากเกิดอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าตนเองได้ เป็นต้น

2. ด้านการเรียนรู้และความจำ ผู้ป่วยโรค

เบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องด้านนี้จะมีความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และมีความจำระยะสั้น (short-term memory) ลดลง ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจและไม่สามารถจดจำคำแนะนำในการปฏิบัติตัวด้านต่างๆ จากทีมสุขภาพได้ อาจมีอาการหลงลืมเรื่องการบริโภครยา การรับประทานอาหาร รวมถึงการปฏิบัติตัวต่างๆ ที่เหมาะสมกับโรค

3. ด้านการใช้ภาษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องด้านนี้จะมีความเข้าใจในภาษาลดลง ไม่สามารถสื่อสารในสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเองได้ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพในการวางแผนเพื่อควบคุมโรค

4. ด้านทักษะทางสังคม ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องด้านนี้จะมีความเข้าใจในการวางแผนการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคร่วมกับทีมสุขภาพ อาจมีการแสดงออกในการต่อต้านต่อการรักษาหรือให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพลดลง

5. ด้านความตั้งใจจัดจ่อและสมาธิ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องด้านนี้จะขาดสมาธิ ไม่สามารถตั้งใจทำสิ่งที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้ รวมถึงไม่สามารถเก็บรายละเอียดในการฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค

6. ด้านการรับรู้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องด้านนี้จะมีความสามารถในการรับรู้ลดลง จนอาจส่งผลให้ได้รับยาไม่ตรงเวลาหรือไม่ได้รับยาตรงตามที่แพทย์กำหนด หรือไม่สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคตามแผนที่วางไว้ได้

การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีการประเมินภาวะการรู้คิดในผู้ป่วยเหล่านี้ โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานและมี

ความไวต่อการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อที่จะนำไปสู่การวางแผนการดูแลเป็นรายบุคคลต่อไป

การประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในปัจจุบันมีรูปแบบการประเมินและคัดกรองโดยการซักประวัติเบื้องต้นจากผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับการใช้แบบประเมินต่างๆ ซึ่งแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับและใช้ประเมินระดับการรู้คิดอย่างแพร่หลาย ได้แก่ แบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B) ที่พัฒนาโดย Nasreddine et al. ปี ค.ศ. 2005 และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยภริณญ จุละยานนท์ (Julayanont et al., 2015) มีหัวข้อการประเมินการรู้คิดครบถ้วนทั้ง 6 ด้าน โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน แบ่งออกเป็น ด้านการบริหารจัดการ 7 คะแนน ด้านการเรียนรู้และความจำ 5 คะแนน ด้านการใช้ภาษา 6 คะแนน ด้านทักษะทางสังคม 6 คะแนน ด้านความตั้งใจจัดจ่อและสมาธิ 3 คะแนน และด้านการรับรู้ 3 คะแนน ซึ่งหากประเมินได้ระดับคะแนนยิ่งน้อยหมายถึงมีระดับความรุนแรงของโรครุนแรง โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-9 คะแนน หมายถึง มีภาวะการรู้คิดบกพร่องรุนแรง (severe cognitive impairment) 10-17 คะแนน หมายถึง มีภาวะการรู้คิดบกพร่องปานกลาง (moderate cognitive impairment) 18-25 คะแนน หมายถึง มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) และ 26-30 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (normal cognition) ตามลำดับ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบประเมิน MoCA-B มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 86 และความเที่ยงตรง (reliability) ร้อยละ 91 (Julayanont et al., 2015) ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องได้ดีที่สุด (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร, 2553) โดยผู้ป่วยที่

ได้รับการประเมินว่าไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ก็จะไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อาจมีการรู้คิดบกพร่องด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน และผู้ป่วยที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระดับปานกลางถึงรุนแรง จะมีการรู้คิดบกพร่องหลายด้านร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการจัดการตนเองและควบคุมโรคเบาหวาน และอาจนำไปสู่การพยากรณ์โรคที่แย่ลงได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการประเมินและวางแผนในการจัดการตนเองของบุคคล และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคต่อไป

เมื่อพยาบาลและบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพสามารถประเมินและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเป็นรายบุคคลแล้ว จะนำมาสู่การวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ซึ่งเป็นแนวคิดที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องและให้ผลดีในการควบคุมโรคได้ต่อไป

การประยุกต์ใช้การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-managment) เป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองเพื่อควบคุมภาวะโรค แต่การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง มีข้อจำกัดในเรื่องการปฏิบัติตัวบางประการ เช่น ความสามารถในการจดจำเวลา การรับประทานยาลดลง ไม่สามารถตัดสินใจเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังนั้น การประเมินความรุนแรงของภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้ป่วย

จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อนำมาออกแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-management Theory) เป็นแนวคิดที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อควบคุมโรค โดย Ryan and Sawin (2009) ได้พัฒนาแนวคิดนี้ขึ้นมา โดยเชื่อว่า ครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกัน มีการสนับสนุนจากครอบครัวทั้งกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว จึงมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง โดยมีองค์ประกอบ 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) มิติด้านบริบท (context dimension) 2) มิติด้านกระบวนการจัดการตนเอง (process of self-management dimension) และ 3) มิติด้านผลลัพธ์ (outcome dimension) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. มิติด้านบริบท ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน มีส่วนประกอบดังนี้

1.1 ปัจจัยเงื่อนไขจำเพาะ ได้แก่ ความซับซ้อนของโรคในแต่ละบุคคล การรักษาที่มีความจำเพาะต่อโรค

1.2 ปัจจัยทางกายภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การเข้าถึงการรักษา การดูแลและการส่งต่อ วัฒนธรรม และต้นทุนทางสังคม

1.3 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ได้แก่ พัฒนาการ มุมมองทัศนคติ การอ่านออกเขียนได้ การประมวลผลข้อมูล สมรรถนะต่างๆ โดยมองผลรวมทั้งหมดของครอบครัว มิใช่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง

2. มิติด้านกระบวนการจัดการตนเอง มีส่วนประกอบดังนี้

2.1 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

(knowledge and beliefs) ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตน (self-efficacy) ผลลัพธ์ความคาดหวัง
 และเป้าหมายที่สอดคล้องในการจัดการตนเอง

2.2 การควบคุมตนเอง (self-regulation)
 เป็นกระบวนการที่นำมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยน
 พฤติกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ประกอบด้วย 1) การตั้ง
 เป้าหมาย (goal setting) 2) การติดตามตนเอง
 (self-monitoring) 3) การสะท้อนคิด (reflective
 thinking) 4) การตัดสินใจ (discision making)
 และ 5) การวางแผนการปฏิบัติ (planning) โดย
 ใช้ทักษะและความสามารถที่ได้รับการฝึกฝนจัดการ
 ในด้านกายภาพ อารมณ์และความคิด เพื่อสามารถ
 ควบคุมโรคได้

2.3 การอำนวยความสะดวกทางสังคม
 (social facilitation) ได้แก่ อิทธิพลทางสังคม
 การสนับสนุนทางสังคม (social support) และ
 ความร่วมมือระหว่างบุคคลและครอบครัว กับทีม
 สุขภาพ

3. มิติด้านผลลัพธ์ มีส่วนประกอบดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ระยะสั้น (proximal outcome)
 คือ การมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ตรงตาม
 เงื่อนไขความจำเพาะของโรคในแต่ละบุคคล โดย

มุ่งหวังให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่
 ดีขึ้น สามารถจัดการอาการ และปฏิบัติตามแผน
 การรักษาได้ ส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ
 ได้บางส่วน

3.2 ผลลัพธ์ระยะยาว (distal outcome) คือ
 การมีภาวะสุขภาพที่ดี อันเป็นผลมาจากการปฏิบัติ
 พฤติกรรมจัดการตนเองได้ มีความผาสุก
 และคุณภาพชีวิตที่ดี นำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายทาง
 สุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

แนวความคิดการจัดการตนเองของบุคคลและ
 ครอบครัว ประกอบด้วยความสัมพันธ์ของ 3 มิติ
 หลัก ที่มีผลซึ่งกันและกัน ทั้งด้านการส่งเสริม
 และการขัดขวาง โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงและปัจจัย
 ป้องกันมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการ
 ตนเองของบุคคลและครอบครัวว่าจะสามารถปฏิบัติ
 ได้สำเร็จหรือไม่ ส่งผลโดยตรงให้เกิดผลลัพธ์ที่
 คาดหวังทั้งที่เกิดขึ้นในระยะสั้น ตลอดจนบางส่วนไป
 ปรากฏอยู่ในผลระยะยาว ทั้งนี้ แนวทางการประยุกต์ใช้
 การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว
 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะ
 การรู้คิดบกพร่อง สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการประยุกต์ใช้การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเพื่อควบคุม
 ระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

มิติในการจัดการตนเอง ของบุคคลและครอบครัว	ลักษณะของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีการรู้คิดบกพร่อง	กลยุทธ์ในการส่งเสริมการจัดการตนเอง ตามลักษณะการรู้คิดบกพร่อง
1. มิติด้านบริบท - ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัย ป้องกัน	ความเฉพาะของโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีความซับซ้อน คือ มีภาวะ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้ มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง บางรายมีจำนวนโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ทำให้การรักษาจำเป็น	ค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการจัดการ โรคอย่างครอบคลุม ทั้งด้านปัจจัย เงื่อนไขจำเพาะ ปัจจัยทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคม และ ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว หาวิธี ลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น พร้อมทั้งเพิ่ม

ตารางที่ 1 แนวทางการประยุกต์ใช้การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (ต่อ)

มิติในการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว	ลักษณะของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรู้คิดบกพร่อง	กลยุทธ์ในการส่งเสริมการจัดการตนเองตามลักษณะการรู้คิดบกพร่อง
	ต้องมีความซับซ้อนและเฉพาะกับโรค เช่น ผู้ป่วยต้องใช้ยาฉีดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด แต่ไม่สามารถจดจำปริมาณยาที่จะฉีดได้	ป้องกันป้องกัน เช่น การค้นหาความสามารถของบุคคลและครอบครัวเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมโรคจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และเข้าใจการรักษาขั้นพื้นฐานที่ควรได้รับ
<p>2. มิติด้านกระบวนการจัดการตนเอง</p> <p>2.1 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ (knowledge and beliefs)</p>	<p>ผู้ที่มีปัญหาด้านความตั้งใจจดจำและสมาธิ บางครั้งมีความรู้สึกด้านอารมณ์ผิดปกติไป รวมถึงครอบครัวที่ไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องก็อาจทำให้ไม่สามารถเข้าใจผู้ป่วยได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ในการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วยควรเน้นข้อมูลที่สำคัญ ใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ - มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการรับฟังข้อมูล - มีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นระยะ - เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เช่น การใช้บุคคลตัวอย่าง การกล่าวถึงเหตุที่เคยทำสำเร็จ
<p>2.2 การควบคุมตนเอง (self-regulation)</p> <p>1) การตั้งเป้าหมาย (goal setting)</p> <p>2) การติดตามตนเอง (self-monitoring)</p>	<p>ผู้ที่มีปัญหาด้านความตั้งใจจดจำและสมาธิ และด้านการบริหารจัดการ จะมีผลต่อการจัดการตนเองใน 2 ชั้นนี้ มากที่สุดตามลำดับ ผู้ป่วยมีสมาธิในการรับฟังข้อมูลลดลง ดังนั้นจึงไม่สามารถตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้ รวมถึงไม่สามารถรวบรวม วิเคราะห์ติดตามข้อมูลสุขภาพของตนเองได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้ป่วยและครอบครัวกล่าวถึงเป้าหมายที่คิดว่าจะสามารถปฏิบัติได้ - บันทึกข้อมูลสำคัญที่ผู้ป่วยควรทราบ - ส่งเสริมให้ครอบครัวให้กำลังใจผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แนวทางการประยุกต์ใช้การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (ต่อ)

มิติในการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว	ลักษณะของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรู้คิดบกพร่อง	กลยุทธ์ในการส่งเสริมการจัดการตนเองตามลักษณะการรู้คิดบกพร่อง
3) การสะท้อนคิด (reflective thinking)	ผู้ที่มีปัญหาด้านการใช้ภาษา จะมีผลต่อการจัดการตนเองขั้นนี้มากที่สุด ผู้ป่วยจะไม่สามารถสะท้อนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองหลังจากที่ไปปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองแล้ว	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับวิธีการสื่อสาร เช่น ใช้วิธีการเขียน - ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น - แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการสื่อสาร
4) การตัดสินใจ (decision making)	ผู้ที่มีปัญหาด้านการบริหารจัดการจะมีผลต่อการจัดการตนเองขั้นนี้มากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า หากได้ลงมือปฏิบัติจะสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้สำเร็จ - ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำไปประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติตามเป้าหมายได้
5) วางแผน (planning) และลงมือปฏิบัติ	ผู้ที่มีปัญหาด้านการเรียนรู้ ความจำ และด้านการรับรู้บกพร่อง จะมีผลต่อการจัดการตนเองขั้นนี้มากที่สุดตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคได้ เช่น ลืมรับประทานยา หรือไม่รับรู้เรื่องเวลา ทำให้รับประทานยาไม่ตรงเวลา ไม่ไปตามแพทย์นัด	<ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาถึงการอำนวยความสะดวกทางสังคม (social facilitation) (ข้อ 2.3 ในแนวคิดการจัดการตนเองฯ) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (social support) ได้แก่ ครอบครัวเข้ามาเป็นบุคคลหลักที่ช่วยสนับสนุนผู้ป่วย - ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามมีแบบแผน โดยใช้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติซ้ำ ๆ

ตารางที่ 1 แนวทางการประยุกต์ใช้การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (ต่อ)

มิติในการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว	ลักษณะของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรู้คิดบกพร่อง	กลยุทธ์ในการส่งเสริมการจัดการตนเองตามลักษณะการรู้คิดบกพร่อง
		- ส่งเสริมการรับรู้ถึงความบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบเวลา ควรตั้งนาฬิกาปลุกเพื่อรับประทานยา ครอบครัวยกยกระดุนเตือน หรือเป็นผู้จัดยาให้
3. มิติด้านผลลัพธ์	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องมักไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระยะยาว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น	ทีมสุขภาพย้อนกลับไปพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันของบุคคลและครอบครัว ดำเนินการลดอุปสรรค และส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างเป็นขั้นตอน หากสามารถทำตามเป้าหมายระยะสั้นได้ จะนำมาซึ่งผลในระยะยาว ตามลำดับ

สรุป

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยใช้แนวทางการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่การจัดการตนเองยังมีข้อจำกัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องร่วมด้วย โดยพยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินภาวะการรู้คิดของผู้ป่วย เนื่องจากภาวะการรู้คิดบกพร่องส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความคิดเชิงซ้อน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้สำเร็จ ซึ่งการประเมินสามารถทำได้โดยการใช้เครื่องมือที่มีความไวต่อ

การคัดกรองผู้ป่วย คือ แบบประเมินพุทธิปัญญา ซึ่งสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของสมองทั้ง 6 ด้าน เพื่อนำไปวางแผนส่งเสริมการจัดการตนเองโดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม หรือที่เรียกว่า การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว การนำไปประยุกต์ใช้ต้องพิจารณาถึงบริบทแต่ละบุคคลและครอบครัว โดยเพิ่มปัจจัยป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว คือ สามารถควบคุมโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และอัตราการเสียชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). จำนวน อัตราป่วย ตาย โรค NCDs ปี 2559–2562. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>

ก้องเกียรติ ภูณทัตกันทรกร. (2553). *ประสาทวิทยา ทันยุค*. กรุงเทพฯ: พราวเพรส.

จันจิรา หินขาว, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และสุนทรียะ ใจวิทย์. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 185–202.

จินตนา หามาดี, นัยนา พิพัฒน์วิมลชา, และรวีวรรณ ผ่องแผ้ว. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(2), 67–86.

ทัศนีย์ กาศทิพย์, สุปรีดา มั่นคง, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2562). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(1), 104–121.

ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2557). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อภิชัย สิริกุลจิรา. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับการเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(1), 112–117.

Cooper, C., Li, R., Lyketsos, C., & Livingston, G. (2013). A systematic review of treatments for mild cognitive impairment. *The British Journal of Psychiatry*, 203(3), 255–264. doi:10.1192/bjp.bp.113.127811

Julayanont, P., Tangwongchai, S., Hemrungronj, S., Tunvirachaisakul, C., Phanthumchinda, K., Hongsawat, J., ... Nasreddine, Z. S. (2015). The Montreal Cognitive Assessment–Basic: A screening tool for mild cognitive impairment in illiterate and low-educated elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(12), 2550–2554. doi:10.1111/jgs.13820

- Kanaya, A. M., Barrett-Connor, E., Gildengorin, G., & Yaffe, K. (2004). Change in cognitive function by glucose tolerance status in older adults: A 4-year prospective study of the Rancho Bernardo study cohort. *Archives of Internal Medicine*, *164*(12), 1327–1333. doi:10.1001/archinte.164.12.1327
- Luchsinger, J. A., Palmas, W., Teresi, J. A., Silver, S., Kong, J., Eimicke, J. P., ... Shea, S. (2011). Improved diabetes control in the elderly delays global cognitive decline. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, *15*(6), 445–449. doi:10.1007/s12603-011-0057-x
- Moran, C., Phan, T. G., Chen, J., Blizzard, L., Beare, R., Venn, A., ... Srikanth, V. (2013). Brain atrophy in type 2 diabetes: Regional distribution and influence on cognition. *Diabetes Care*, *36*(12), 4036–4042. doi:10.2337/dc13-0143
- Palta, P., Schneider, A. L. C., Biessels, G. J., Touradji, P., & Hill-Briggs, F. (2014). Magnitude of cognitive dysfunction in adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of six cognitive domains and the most frequently reported neuropsychological tests within domains. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *20*(3), 278–291. doi:10.1017/S1355617713001483
- Ryan, P., & Sawin, K. J., (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, *57*(4), 217–225. doi: 10.1016/j.outlook.2008.10.004
- Shorr, R. I., de Rekeneire, N., Resnick, H. E., Yaffe, K., Somes, G. W., Kanaya, A. M., ... Harris, T. B. (2006). Glycaemia and cognitive function in older adults using glucose-lowering drugs. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, *10*(4), 297–301.
- Tangalos, E. G., & Petersen, R. C. (2018). Mild cognitive impairment in geriatrics. *Clinics in Geriatric Medicine*, *34*(4), 563–589. doi:10.1016/j.cger.2018.06.005
- Vincent, C., & Hall, P. A. (2015). Executive function in adults with type 2 diabetes: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, *77*(6), 631–642. doi:10.1097/PSY.000000000000103
- Zhang, X., Huang-Fu, Z., Lang, X. Y., Chun, P., Chi, Y. Y., Yuan, X. Y., & Wang, X. G. (2019). Pathological and cognitive changes in patients with type 2 diabetes mellitus and comorbid MCI and protective hypoglycemic therapies: A narrative review. *Reviews in the Neurosciences*, *30*(7), 757–770. doi: 10.1515/revneuro-2018-0083

Zhang, Y., Zhang, X., Zhang, J., Liu, C.,
Yuan, Q., Yin, X., ... & Wang, J. (2014).
Gray matter volume abnormalities in
type 2 diabetes mellitus with and
without mild cognitive impairment.
Neuroscience Letters, 562, 1–6. doi:
10.1016/j.neulet.2014.01.006

ประสบการณ์ของนักศึกษาจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาล Nursing Students' Experiences in Caring for Patients

วันทิตรา ชันทอง¹

Wantira Khantong¹

Received: November 2, 2020 Revised: December 5, 2020 Accepted: December 8, 2020

ฉันเป็นนักศึกษาพยาบาลค่ะ แต่ตอนนี้ขอเป็นนักศึกษาพยาบาลไปก่อนนะคะ เพราะว่านี่เป็นการฝึกปฏิบัติบนวอร์ดครั้งแรกของฉัน สิ่งเหล่านี้ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก ในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ เราต้องนำความรู้ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมาใช้ ทั้งนี้ เราต้องศึกษาหาความรู้ใหม่ๆ ต้องทบทวนบทเรียนที่เรียนมาเกี่ยวกับโรคต่างๆ บนวอร์ดต้องใช้การสังเกตและไหวพริบพอสมควรค่ะ ดังนั้น ฉันจะขอเล่าประสบการณ์การขึ้นวอร์ดตั้งแต่วันแรกเลยละ

ศัลยกรรมหญิง

ศัลยกรรมหญิงเป็นวอร์ดแรกที่ฝึกปฏิบัติค่ะ ฉันตื่นเต้นมาก วันจันทร์เป็นวันที่ขึ้นรับ assignment ผู้ป่วยคนแรกของฉันมาด้วยอาการเป็นแผลที่เท้าเรื้อรังค่ะ แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรค chronic arterial occlusion เหมือนไม่ยากเท่าไร...แต่

สำหรับการฝึกปฏิบัติครั้งแรกนี้ไม่ใช่เรื่องง่ายเลยละ ฉันต้องเขียน daily plan ส่งอาจารย์ การเขียนแผนวันแรกของฉันบอกเลยค่ะว่าได้นอนประมาณตีหนึ่ง นอกจากจะนอนตีหนึ่งแล้ว คินนันฉันก็ตื่นเต้นจนนอนแทบไม่หลับ พอรู้สึกตัวอีกทีก็เวลา 05.00 น. ซะแล้ว ฉันรีบลุกขึ้นมาอาบน้ำ แต่งตัว ลงไปทานข้าวแบบไม่คิดเลยว่าฉันจะแต่งตัวได้เร็วขนาดนี้ วันแรกของการฝึกปฏิบัติ ฉันมาก่อนเวลา และแน่นอนว่าฉันและเพื่อนๆ ทำตัวไม่ถูกกันเลยทีเดียว ฉันพยายามทำตาม หรือสอบถามเวลาที่พยาบาลปฏิบัติบนวอร์ด และคอยถามเพื่อนๆ คอยดูเพื่อนๆ ว่าทำอย่างไรกันบ้าง ส่วนเพื่อนๆ ของฉันนั้นก็ตื่นเต้นไม่แพ้กันค่ะ ทุกคนก็ได้มองดูที่พยาบาลว่าทำอะไรกันบ้าง เมื่อถึงเวลา 07.35 น. พวกเราจึงเริ่มปฏิบัติหน้าที่ตามที่อาจารย์และเพื่อนๆ ที่มีประสบการณ์แนะนำ สิ่งที่ต้องปฏิบัติบนวอร์ดนี้ คือ การทักทาย “สวัสดีค่ะ” และแน่นอนว่าต้องสอบถามอาการ

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹ 3rd-year Nursing Student, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Prabodomarajchanok Institute, E-mail: wantira5160@hotmail.com

ของผู้ป่วยว่า “ดีขึ้นบ้างหรือเปล่านั้น” “วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ” “ทานอาหารเช้าอิ่มไหมคะ” พร้อมทั้งสังเกตสีหน้าและท่าทางว่าผู้ป่วยมีอะไรที่แตกต่างจากเมื่อวานมากน้อยเพียงใด การทักทายผู้ป่วย เช่นนี้ เราทำกันในทุก ๆ เช้าค่ะ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การที่เรา ได้คุยได้สนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราไม่เกร็งเมื่อต้องทำอะไรให้เขา เช่น เช็ดตัว ทำแผล ซึ่งตอนทำแผลให้ผู้ป่วย ฉันรู้สึกเกร็งเล็กน้อย เพราะกลัวว่าจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บเกินไปกลัวทำไม่ถูกวิธี การฝึกปฏิบัติสัปดาห์แรกยังไม่ค่อยหนักมากนัก อาจารย์มีความปรานีมาก บอกพวกเราทุกอย่าง หรือแทบจะจับมือเราทำทั้งหมดเลยคะ การขึ้นวอร์ดในวันแรก ฉันได้ผู้ป่วยเพียง 2 ผู้ป่วย คนนี้น่ารักมากคะ ให้ความร่วมมือดีมาก ยิ้มแย้มแจ่มใส คุยเก่ง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่าง ทำให้ฉันรู้สึกว้าใจคะดีมีผู้ป่วยน่ารักแบบนี้ แต่ก็ยังมีเรื่องที่ฉันกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย คือผู้ป่วยเดินไม่สวมรองเท้า เพราะการเดินโดยที่ไม่สวมรองเท้าอาจทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ฉันจึงได้สอบถามผู้ป่วย พบว่ารองเท้าที่มีอยู่ไม่สามารถสวมได้ เนื่องจากเป็นรองเท้าแบบหุหนีบ ทำให้โดนแผล จนทำให้เจ็บแผลมากขึ้น ฉันจึงได้สอบถามผู้ป่วยเพิ่มเติมว่ามีรองเท้าแบบอื่นหรือไม่ ผู้ป่วยบอกว่าไม่มี แต่ได้ติดต่อกับทางโรงพยาบาลเรื่องรองเท้าไว้แล้ว รอทางโรงพยาบาลส่งรองเท้ามาให้เมื่อได้คำตอบฉันก็เข้าใจ และฉันได้แนะนำผู้ป่วยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยการให้ผู้ป่วยสวมถุงหุ้มหากต้องการเดินไปเข้าห้องน้ำหรือเดินไปที่ต่างๆ ในการฝึกปฏิบัติสัปดาห์แรกผ่านไปเร็วมากคะ เข้าสู่สัปดาห์ที่ 2 เราได้ย้ายมาปฏิบัติหน้าที่อีกฝั่งหนึ่งของวอร์ด และอาจารย์เริ่มที่จะจริงจังกับพวกเรามากขึ้นคะ ในเวลา 8.00 น. ของวันนั้น ฉันและเพื่อนๆ ได้รับฟังรายงานอาการผู้ป่วยจาก

พี่พยาบาล หรือเรียกง่าย ๆ ว่า การส่งเวร ฉันฟังที่พี่พยาบาลพูดแทบไม่ทันเลย อาจด้วยความที่ฉันยังไม่คุ้นชินกับศัพท์ทางการแพทย์ ฉันจึงต้องหันไปถามเพื่อนเกี่ยวกับสิ่งที่พี่พยาบาลพูดในบางครั้ง แต่การส่งเวรในครั้งนั้นก็ผ่านไปด้วยดี แม้ว่าอาจสับสนกับคำศัพท์บ้าง และเนื่องจากสัปดาห์นี้เป็นสัปดาห์ที่ 2 ของการฝึกปฏิบัติ อาจารย์ได้เริ่ม conference นานขึ้น และถามถึงความรู้ของพวกเรามากขึ้น และเนื่องจากวันนี้ ผู้ป่วยคนที่ 2 ของฉันได้กลับบ้าน อาจารย์จึงให้ฉันทำ D-METHOD (การวางแผนการจำหน่าย) และได้ทำแผลให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน แต่ในการทำแผลครั้งนั้น ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง จนทำให้ความรู้สึกของฉันแย่ง จนทำให้ไม่กล้า และไม่มีกำลังใจที่จะปฏิบัติงานต่อ แม้ว่าฉันจะยอมรับในความผิดพลาด และตั้งใจว่าจะนำความผิดพลาดนั้นไปเป็นแรงกระตุ้นที่จะไม่ทำแบบเดิมอีก แม้ว่าจะเป็นเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ก็ตาม แต่ความรู้สึกเช่นนั้นก็อยู่กับฉันนานพอควรในวันนั้น แล้วก็ถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้กลับบ้าน ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น ดูจิตใจที่ได้กลับบ้าน ผู้ป่วยบอกฉันว่า “ยายอยู่ที่นี้มาเกือบ 1 เดือน ออกกลับบ้านมาก วันนี้ออมให้กลับบ้านได้แล้ว ยายขอบคุณพวกหนูมากนะที่มาช่วยทำแผลให้ยาย” ฉันเห็นคุณยายยิ้ม และคำขอบคุณนั้นมันทำให้ฉันรู้สึกมีกำลังใจขึ้นมา ทำให้ฉันได้ขบคิดว่าการที่เราจะมีความสุขนั้นไม่จำเป็นต้องมีเงินทองมากมาย แค่ได้รับคำชมและคำขอบคุณเพียงเล็กน้อยก็ทำให้ใจของฉันฟูขึ้นมาอย่างบอกไม่ถูก รวมถึงในวันนั้นฉันก็เริ่มกลับมามีกำลังใจในการฝึกปฏิบัติต่อไป ในวันถัดมาของสัปดาห์เดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยของฉันกลับบ้านไปแล้ว อาจารย์จึงให้ฉันช่วยเพื่อน ผู้ป่วยคนนี้อยู่โรงพยาบาลมานานและแผลของเขาใหญ่พอควร แต่สิ่งที่ฉันเห็น คือ ผู้ป่วยยิ้มให้พวกเราตลอดเวลาที่ทำแผล ผู้ป่วยดูมีความสุขที่

พวกเราทำแผลให้ และระหว่างการทำแผล พวกเรา
ได้ชวนผู้ป่วยคุยเรื่องต่างๆ ผู้ป่วยสามารถเล่าเรื่อง
ของตนเองได้อย่างมีความสุข อาจารย์ได้พูดขึ้นว่า
“แผลดีขึ้นนะคะ” ทำให้ผู้ป่วยดูมีกำลังใจและยิ้ม
ขึ้นมาทันที ทำให้ฉันได้คิดว่า หากเรื่องนี้เกิดขึ้นกับ
ฉัน ฉันจะทำอะไรได้ ฉันจะยิ้มได้แบบผู้ป่วยใหม่
และตั้งใจว่า หากฉันรู้สึกท้อแท้หรือหมดหวัง ฉันจะ
นึกถึงผู้ป่วยคนนี้เพื่อเป็นกำลังใจในการใช้ชีวิต
ต่อไป รวมทั้งฉันต้องขอบคุณผู้ป่วยอย่างมากที่เป็น
อาจารย์ในการฝึกปฏิบัติครั้งนี้ หากไม่มีผู้ป่วย ฉันคง
ไม่มีความรู้ในการทำแผล ถ้างแผล หรือความรู้ต่างๆ
ในการเป็นพยาบาลที่สมบูรณ์ ในสัปดาห์ต่อมาเป็น
สัปดาห์ที่ 3 ของการฝึกปฏิบัติบนบอร์ด ฉันรู้สึกว่า
ทุกอย่างเริ่มลงตัวและฉันก็ชอบที่จะทำแผลให้ผู้ป่วย
แล้วค่ะ ในวันนั้น ฉันจำได้ว่าผู้ป่วยของฉันดูเป็นคน
ใจดี ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือกับฉันดีมาก
แต่ว่าผู้ป่วยคนนี้ไม่มีแผลมากนัก เรื่องการให้ยาฉีดหรือ
ยาปรับประสานก็มีไม่มากเท่ากับเพื่อนคนอื่น จึงทำให้
ฉันได้ช่วยเพื่อนทำสิ่งต่างๆ ที่ยังไม่เคยทำ รวมทั้งได้
มีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่น ซึ่งมีผู้ป่วยเพศหญิง
คนหนึ่งที่ทำให้ฉันรู้สึกประทับใจมาก ผู้ป่วยเป็น
มะเร็งลำไส้ อายุประมาณ 30 ปี ฉันเข้าไปสอบถาม
ว่าทราบเรื่องการเป็นมะเร็งลำไส้ได้อย่างไร ผู้ป่วยจึง
ได้เล่าประสบการณ์ว่า “ที่ทำงานอยู่ที่กรุงเทพฯ อยู่ๆ
ก็ปวดท้องหนักมาก ถ่ายไม่ออก ท้องบวมเล็กน้อย
หมอให้ยาแก้ปวดมากก็ไม่หายปวด จนต้องเริ่มบวม
ใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ หมอจึงทำการเอกซเรย์ พบว่ามีก้อน
อุดกั้นที่ลำไส้และตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง” ในช่วงแรก
ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกกลัวและกังวลมาก แต่เพราะยังมี
ครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ และมีสามีที่ดูแล ไม่ทิ้ง
ไปไหน ทำให้รู้สึกได้ว่า “ในเมื่อพวกเขาสู้เพื่อที่ พี่ก็จะ
สู้เพื่อพวกเขาเหมือนกัน มันอาจไม่หายก็ได้ แต่พี่ก็
อยากอยู่กับพวกเขา ยังอยากที่จะมีชีวิตเพื่อคน

ที่รักพี่” ฉันได้ยืนแบบนั้น ฉันก็ได้ขบคิดดี ๆ ว่า
แม้ว่าเราจะเป็นก็โรค จะเจ็บหนักแค่ไหน หากมีคน
คอยอยู่ข้างๆ คอยเป็นกำลังใจ คอยช่วยเหลือ คอย
พยุงเราไปด้วยกัน มันคือสิ่งที่มีค่ามาก ทั้งเป็นการเพิ่ม
คุณค่าที่ไม่สามารถหาได้จากที่ไหน บางทีอาจดียิ่ง
กว่าการได้หมอดีๆ การรักษาด้วยยาแพงๆ อีกค่ะ
อย่างไรก็ตาม ในการฝึกปฏิบัติก็ไม่ได้พบแต่เรื่องราว
ดี ๆ เสมอ นะคะ อย่างผู้ป่วยคนนี้ค่ะ ผู้ป่วยมา
จากโรงพยาบาลชุมชน มีแผลกดทับเต็มตัว อายุ
ประมาณ 80 ปี สีหน้าดูเจ็บปวด ร่างกายไม่สะอาด
มีไข้โคลตามตัว ฉันไม่ได้ทำแผลให้ผู้ป่วยตั้งแต่ต้น
เพราะระหว่างนั้น อาจารย์ให้ฉันทำแผลผู้ป่วยของ
ตนเอง แต่อาจารย์ได้ให้เพื่อนๆ ช่วยกันทำความสะอาด
ผู้ป่วยค่ะ ปรากฏว่าเพื่อนของฉันพบหนองที่อวัยวะ
เพศ 3 ตัว เมื่อฉันได้ยืนดั่งนั้นจึงรู้สึกตกใจมาก แต่
ฉันยังคงทำแผลให้ผู้ป่วยต่อค่ะ เมื่อฉันทำแผลเสร็จ
ฉันจึงเข้าไปช่วยเพื่อนทำแผลให้ผู้ป่วย ระหว่างที่
พวกเราช่วยกันทำแผลและพลิกตะแคงผู้ป่วย ผู้ป่วย
ก็ร้องออกมาว่าเจ็บๆ และพยายามใช้แรงของเข่าฝืน
พวกเราจนฉันสงสาร และแม้ว่าเพื่อนของฉันจะ
พยายามทำแผลให้อย่างเบามือก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังคง
ร้องแบบทรมาณ ในที่สุด พวกเราก็ตช่วยกันทำแผล
ให้จนเสร็จค่ะ พวกเรารู้สึกภูมิใจกันมากค่ะที่ทำให้
ผู้ป่วยดูสะอาดขึ้น แผลได้รับการทำความสะอาด
อย่างดี และผู้ป่วยก็ดูสบายตัวมากขึ้น แต่ความเศร้า
ไม่ได้มีแค่การเจ็บแผลนะค่ะ ผู้ป่วยคนนี้มีฐานะ
ยากจน ญาติไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล เขามี
ลูกชายคนเดียว ไม่มีญาติคนอื่นมาดูแลในช่วงที่
ลูกชายไปทำงาน ฉันรู้สึกได้ถึงความเศร้าอย่างมาก
ค่ะ ในตอนนั้น ฉันอยากที่จะช่วยเหลือเขามาก
อาจารย์จึงได้สอนฉันว่า เรามาทำหน้าที่ตรงนี้ เรา
ต้องพบผู้คนอีกหลายรูปแบบ แน่แน่นอนว่าเราช่วยเขา
ไม่ได้ทุกคนและไม่ได้ทุกเรื่อง แต่เราใช้หน้าที่ของเรา

ทำตรงนี้ ช่วยเหลือเขาให้มากที่สุดก็พอ...และแล้ว
สัปดาห์สุดท้ายของการฝึกปฏิบัติบนวอร์ดนี้ก็มาถึง
ละ พวกเรารู้สึกใจหาย เพราะการฝึกที่วอร์ดนี้สอน
ให้เราเข้าใจชีวิตในหลายๆ อย่าง จนถึงวัน
สุดท้ายนี้ พวกเราได้ช่วยกันดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่
ผู้ป่วยบางคนได้กลับบ้าน บางคนรับใหม่เข้ามา
วนเวียนกันไป แม้ว่าเราจะไปก็ยังมียุทธศาสตร์ใหม่
เข้ามาดูแลผู้ป่วยต่อจากเรา ในการขึ้นวอร์ดนี้ ฉันได้
เรียนรู้ว่า “แม้ร่างกายของเราจะมีแผลที่เจ็บปวดแค่ไหน
แผลนั้นก็ยังสามารถหายได้หรืออาจเป็นแผลเป็น
เมื่อแผลดีขึ้นหรืออาการเจ็บปวดหายไป เราก็จะรู้สึก
ดี แต่หากเป็นแผลที่ใจ บาดแผลนั้นมันไม่มีรอยแผล
เป็น ไม่เจ็บปวดบนร่างกาย แต่มันเจ็บปวดเรื้อรัง
ยิ่งกว่าแผลบนร่างกายเสียอีก” แผลทางใจจึงรักษา
ยากกว่าแผลทางกาย และสมาชิกในครอบครัวเป็น
บุคคลสำคัญในการรักษาแผลได้ดีที่สุด

อายุรกรรมหญิง

อายุรกรรมหญิงเป็นวอร์ดที่ 2 ของการฝึก
ปฏิบัติ วันนี้ฉันมารับ assignment ในตอนเย็น
ของวันเดียวกับที่ลงจากการฝึกปฏิบัติที่ศัลยกรรม
หญิง ฉันเดินเข้ามาในวอร์ดนี้ ฉันรู้สึกได้ว่านี่ต้อง
มีอะไรให้ทำมากมายแน่ๆ ผู้ป่วยคนแรกของวอร์ดนี้
เป็นผู้ป่วยที่นิ่งๆ ละ ฉันถามเกี่ยวกับอาการ ผู้ป่วย
ก็ดูซึม ไม่ตอบ ฉันจึงคิดว่าอาจเกิดจากอาการชัก
ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมาด้วยเรื่องมีก้อนในสมอง วันนี้
แพทย์นัดมาทำ CT scan ระหว่างรอพบแพทย์
ผู้ป่วยมีอาการชักแบบเกร็ง ไม่กระตุก ขณะเดียวกัน
ได้มีพี่พยาบาลเดินมาถามว่า “มีใครจะรับเคส Foley’s
cath ไหม” ฉันและเพื่อนๆ ที่อยู่ตรงนั้นมองหน้ากัน
แบบตกใจและงงๆ ละ ในเย็นวันนั้น เพื่อนของฉัน
ก็ได้เคสใส่ Foley’s cath ให้ผู้ป่วยละ วันนั้นพวกเรา
อยู่ที่อายุรกรรมหญิงไม่ถึง 2 ชั่วโมง ก็ได้เคสกัน

แล้ว เช้าวันถัดมา ผู้ป่วยของฉันมีอาการดีขึ้น พุดคุย
กับฉันมากขึ้น อาจเป็นเพราะว่าแพทย์ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน
บ้านวันนี้ ฉันสังเกตได้ว่า ผู้ป่วยหลายคนที่ได้กลับ
บ้านจะดีใจกันมาก ฉันคิดว่า การที่เราอยู่ที่ไหนก็
ไม่สุขใจเท่ากับที่บ้านของเรา ขนาดฉันยังอยากที่จะ
กลับบ้านเลยละ ในวันถัดมาของสัปดาห์แรก เวลา
ประมาณ 11.00 น. อาจารย์ได้ให้ฉันเข้าไปที่ห้อง
แยกโรคเพื่อให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วย
คนนี้อายุเพียง 17 ปี ฉันไม่ทราบแน่ชัดว่าเกิดอะไร
ขึ้นกับน้อง น้องมีคุณยายคอยดูแลไม่ห่าง เมื่อคุณ
ยายพูดว่า “อาทิตย์หน้าเรากลับบ้านได้แล้วลูก”
น้องยิ้มและเหมือนจะร้องไห้ดีใจที่ได้กลับบ้าน น้อง
ดูสู้มากละ น้องกำลังพยายามสู้กับโรคที่เป็น น้อง
เป็นคนน่ารัก ให้ความร่วมมือดีมาก แม้ว่าน้องจะ
ไม่ได้พูดกับฉัน แต่น้องยิ้มให้ฉัน เชื้อใหม่ละ เพียง
แค่อยิ้มเล็กๆ นั้น ทำให้ฉันรู้สึกดีมากๆ ทำให้มี
กำลังใจที่จะทำหน้าที่ตรงนี้ให้ดีที่สุด ดูแลน้องให้
ดีที่สุด สัปดาห์ที่ 2 ของการฝึกปฏิบัติวอร์ดนี้ ฉันได้
ผู้ป่วยที่เป็น gastroenteritis (โรคกระเพาะอาหาร
และลำไส้อักเสบ) ผู้ป่วยอายุ 80 ปี ดูแข็งแรงมาก
สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเดินไปเข้าห้องน้ำ
ได้อย่างสบาย ฉันจึงได้สอบถามเคล็ดลับการดูแล
ตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยเล่าว่าออกกำลังกายทุกวัน
ว่างๆ ก็ออกเดิน เช่น เดินแกว่งแขน 200 ครั้ง
พร้อมหายใจเข้า-ออกยาวๆ ลึกๆ นั่งเหยียดขาแล้ว
นำมือไปแตะที่ปลายเท้า นับ 1-150 ไม่รับประทาน
อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ไม่ชอบของหวาน แล้ว
ผู้ป่วยยังเน้นย้ำอีกว่า เขาไม่รับประทานไก่เลยละ
ฉันเห็นแล้วแปลกใจละ ผู้ป่วยที่อายุ 80 ปี แล้ว
ร่างกายแข็งแรงแบบนี้ ขนาดเดินไปเข้าห้องน้ำ ฉัน
จะไปช่วยพยุง ผู้ป่วยยังบอกกับฉันว่า “ไหวๆ ไม่
ต้องช่วย” ฉันจึงได้ช่วยถือขวดน้ำเกลือ แล้วเดิน
ตามผู้ป่วยไปยังห้องน้ำ ถือว่าผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่

ดูแลตัวเองดีมาก เพราะคนส่วนใหญ่ที่อายุประมาณนี้ ก็จะมีโรคประจำตัวหรือไม่ค่อยมีแรง การที่ผู้ป่วยแข็งแรงแบบนี้ ฉันเชื่อว่า ผู้ป่วยจะต้องเคร่งครัดในเรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ซึ่งถือเป็นตัวอย่างของการดูแลตนเองที่ดีมาก ช่วงเวลาระหว่างที่ฝึกปฏิบัติของนักศึกษานั้น ได้เริ่มมีการระบาดของเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่ทำลายระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะปอดอย่างรุนแรง ที่เกิดขึ้นในประเทศจีน และตอนนี้ เชื้อไวรัสก็ได้เริ่มแพร่กระจายไปยังประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย เชื้อไวรัสชนิดนี้มีชื่อว่า “ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่” ภายหลังได้มีชื่ออย่างเป็นทางการว่า “COVID-19” เนื่องจากในประเทศไทยเริ่มมีการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ทางวิทยาลัยจึงได้ทำการปิดเทอมก่อนกำหนด และได้ให้นักศึกษาทุกคนกลับไปกักตัวที่บ้าน ด้วยเหตุนี้ การฝึกปฏิบัติของพวกเราจึงได้พักไว้ชั่วคราว ดังนั้น ประสิทธิภาพจากการฝึกปฏิบัติที่เวิร์ดนี้จึงได้ไม่มากเท่าที่ควร แม้ว่าจะไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติ แต่ทางวิทยาลัยได้จัดการเรียนการสอนโดยให้นักศึกษาได้เรียนออนไลน์ เพื่อให้นักศึกษาได้รับการเรียนรู้อย่างครบถ้วน และเมื่อเปิดเทอม นักศึกษาจะได้ฝึกปฏิบัติบนเวิร์ดได้ทันเวลาการจบปีการศึกษา ซึ่งประสิทธิภาพที่ฉันประทับใจในเวิร์ดนี้ คือ การได้ให้พยาบาลผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นโรคธาลัสซีเมียอายุ 21 ปี ผู้ป่วยต้องได้รับเลือดทุกเดือน จนทำให้ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ผู้ป่วยบอกฉันว่า พวกฉันโชคดีที่ไม่มีโรคประจำตัว แถมยังมีความรู้ในการรักษาผู้อื่นและตนเอง ผู้ป่วยยังบอกอีกว่า ถ้าจบไปขอให้ใจดีและมีเมตตาแบบนี้ ไม่เอาแบบดุหรือทำรุนแรงกับผู้ป่วย ฉันได้ยินดังนั้นจึงขี้มให้ผู้ป่วยและตอบว่า ฉันเห็นผู้ป่วยเป็นเหมือนญาติของฉันคนหนึ่ง หาก

ฉันไม่อยากให้ญาติของฉันได้รับสิ่งไม่ดี ฉันจะไม่ทำสิ่งนั้นกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ

การฝึกปฏิบัติครั้งนี้เป็นการฝึกปฏิบัติครั้งแรกของการเป็นนักศึกษาพยาบาล และมีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องงดการฝึกปฏิบัติ แม้ว่าฉันจะได้ฝึกปฏิบัติแค่ช่วงเวลาสั้น ๆ แต่ก็ทำให้ฉันเห็นว่า การฝึกปฏิบัติบนเวิร์ดนั้นไม่ได้ง่ายอย่างที่คิดเลย เราต้องพบกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งที่เราสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และที่ต้องได้รับการเรียนรู้ใหม่ ๆ ได้รับคำแนะนำทั้งจากอาจารย์ พยาบาล หรือแม้กระทั่งเพื่อน ๆ ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย เราไม่รู้เลยว่าวันนี้จะต้องพบกับอะไรบ้าง ผู้ป่วยแบบไหน ญาติแบบไหน โรคที่พบนั้นต้องให้การพยาบาลอย่างไร ฉันจึงได้เรียนรู้ว่า การเป็นพยาบาลนั้นต้องหาความรู้ใหม่ ๆ ตลอดเวลา ส่วนในเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยนั้น ทำให้ฉันได้ข้คิดคิดว่า การที่เราจะมีชีวิตต่อไปได้นั้น เราจะต้องมองทุกอย่างให้เป็นความสุข ความดีงาม และเป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น แม้ว่าบางครั้งสิ่งนั้นอาจทำให้เรามีความทุกข์ไม่มากนัก แต่หลาย ๆ ครั้ง สิ่งที่ทำให้เรามีความทุกข์อาจกลับกลายเป็นสิ่งที่ให้ความสุขที่ยิ่งใหญ่ก็ได้ และสุดท้ายฉันก็ได้ข้คิดอีกว่า ในการปฏิบัติงานแต่ละครั้ง ฉันจะคิดถึงวลีนี้เสมอ “อย่าทำเพียงเพราะมันเป็นหน้าที่ แต่จงทำเพราะใจของเรารัก จงใส่ใจในการทำแล้วเราก็จะได้ใจกลับมา” ฉันได้ให้สัญญากับตัวเองว่า ฉันจะทำหน้าที่ของฉันให้ดีที่สุด เมื่อจบไปฉันจะเป็นพยาบาลที่ดี ฉันจะให้พยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ไม่ทำร้ายผู้ป่วยทั้งทางกายและทางใจ และฉันจะใช้ความสามารถของฉันให้เกิดประโยชน์สูงสุด

