



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564 Vol. 32 No. 1 January - June 2021



รายงานการวิจัย

- ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
- ผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
- ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมมารีโคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน
- ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
- ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การตัดสินใจ และการศึกษาเรียนรู้ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์ ที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษบางตาพูด
- การพัฒนารูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤต ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ผลของการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อการทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด ของนักศึกษาพยาบาล
- การพัฒนาแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ต่อภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ในสถานการณวิกฤตโควิด 19
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงเพ็ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
- การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
- รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดจันทบุรี

บทความวิชาการ

- การเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการทางาน ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ
- การจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน
- การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์: บทบาทพยาบาลที่ไม่ครอบงำข้าม
- การใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งในการสอนทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล
- ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม: การประยุกต์สู่การปฏิบัติโดยผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

บทความพิเศษ

- ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุพการี: การดูแลแบบบูรณาการอย่างเป็นพลวัตสู่การเรียนรู้ ตอนที่ 1 การดูแลกิจวัตรประจำวัน เรื่องเล็กๆ ที่ไม่ง่ายอย่างที่คิด

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564 Vol. 32 No. 1 January - June 2021

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบริน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุมพราน
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ช.ทองเกษร ลาตพร้าว 71 กรุงเทพฯ)
ดร.มณฑนา เหมชะญาตี
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
นางสาวเพ็ญภา พิสัยพันธุ์
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

นางคนิสร เจริญกิจ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

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

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

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

ฝ่ายจัดการ

1. นายนาวิน ทองแสง
2. นางสาวชลิตา วรภูมิพิศาล

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

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

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

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. ดร.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 สติธยวิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาว 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 สีสานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 15. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16. ดร.ธัสมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. ดร.ชญาดา เนตร์กระจำ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.ดาราวรรณ รองเมือง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 19. ดร.สนธยา มณีรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 20. ดร.มธุรดา บรรจงการ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 21. ผศ. ดร.ปราณี ชีรโสภณ | นักวิชาการอิสระ |
| 22. ดร.ชดช้อย วัฒนะ | นักวิชาการอิสระ |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564 Vol. 32 No. 1 January - June 2021

ส
า
ร
บ
ญ

รายงานการวิจัย

หน้า

- ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 1
สำราญ สุภพษ์ ชนิตดา แนนเกษร ดวงใจ วัฒนสินธุ์
- ผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าว 18
ในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
ปวิษฐา คณารักษ์ ภักธารักษ์ พงษ์ปันคำ หรรษา เศรษฐบุปผา
- ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรม 32
การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน
ดรุณี วรรณาม ชัญญิศาอุษฎ์ ทูลศิริ พรนภา หอมสินธุ์
- ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง 48
ของผู้ป่วยจิตเภท
นรินทร์ สมปอง ชนิตดา แนนเกษร ดวงใจ วัฒนสินธุ์
- ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การติดนิโคติน 62
และการเลิกบุหรี่ ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ
วิวัฒน์ เหล่าชัย สุนิดา ปรีชาวงษ์
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก 76
ของหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาบตาพุด
ปวีณา ติวาสีรังศ์ วรรณกนา สุภสิมานนท์ วรรณิ เตียวอสิริศ
- การพัฒนารูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการ 92
ข้ามวัฒนธรรม
ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 109
ในกลุ่มเสี่ยง
นิภารัตน์ ศรีไชย์ ลัมวิ ปยะบัณฑิตกุล



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564 Vol. 32 No. 1 January - June 2021

ส
า
ร
บ
บ

- | | หน้า |
|---|------|
| • ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
นิภาภรณ์ ชื่นอร่าม ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ นุจรี ไชยมงคล | 123 |
| • ผลของการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของนักศึกษาพยาบาล
กรรณิการ์ พรงาม กฤษณ์ สุวรรณรัตน์ วริญญา ชลธารกัมปนาท | 135 |
| • การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
รัชณี ผิวอ่อน อิสยา จันทรวิธานุชิต มยุรี เก่งเกตุ
ธีรวัฒน์ พงศ์เศรษฐไพศาล กฤตวรรณ สาหร่าย รุ่งเพชร สงวนพงษ์
จิรสุดา สีนุศิริ | 150 |
| • การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19
อินทรา สุขรุ่งเรือง ดารารรรณ รองเมือง | 171 |
| • การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
กาญจนา ปัญญาธ กฤษณา ทริพย์ศิริโสกา กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง
วรรณิ ครองยุติ | 189 |
| • การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
รัชชนก กลิ่นชาติ ขวัญศิริ เจริญทรัพย์ ธันวา จิตต์สงวน | 205 |
| • รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดจันทบุรี
สมจิต ยาใจ วสิมล สุวรรณรัตน์ วราภรณ์ นองเนื่อง | 224 |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564 Vol. 32 No. 1 January - June 2021

หน้า

บทความวิชาการ

- การเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรอง
กลุ่มอาการดาวในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ 237
จารีศรี กุลศิริปัญญา วรณกร ศรีรอด
- การจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน 253
อารีรัตน์ วิเชียรประภา
- การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์: บทบาทพยาบาลที่ไม่ควรมองข้าม 264
ลลิตา ปักเขมมายัง
- การใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งในการสอนทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล 276
เพชรรัตน์ เจริมรอด เพ็ญลลิตา พิพัฒน์สมบัติ
- ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม: การประยุกต์สู่การปฏิบัติโดยผู้ดูแล 291
ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
ชานชม พิชพันธ์ไพศาล อังศินันท์ อินทรกำแหง ปิยดา สมบัติวัฒนา

บทความพิเศษ

- ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุพการี: การดูแลแบบบูรณาการอย่างเป็นพลวัต 303
สู่การเรียนรู้ ตอนที่ 1 การดูแลกิจวัตรประจำวัน เรื่องเล็ก ๆ ที่ไม่ง่ายอย่างที่คิด
ชลช้อย วัฒนะ

ส
า
ร
บ
ญ

บรรณาธิการกล่าว

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ การจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ การใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งในการสอนทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล และการประยุกต์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง สำหรับบทความพิเศษนั้น นำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุพการี ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำวารสารมุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่าง ๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข เช่นเคย หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษในวารสาร ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิศร เจริญกิจ
บรรณาธิการ

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2* The Effect of Supportive Group Psychotherapy on Depression among Older Adults with Type-2 Diabetes*

ลำราญ ศุภพิชน, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) ¹

Sumran Supapichn, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) ¹

ชนัดดา แบนเกษร, Ph.D. (Medical Science) ²

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing) ³

Chanudda Nabkasorn, Ph.D. (Medical Science) ²

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing) ³

Received: April 12, 2021

Revised: May 16, 2021

Accepted: May 18, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง แบบทดสอบสภาพสมองของไทย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย มีค่าความเชื่อมั่น .89 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2562

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, independent *t*-test และ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไปประยุกต์ใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of supportive group psychotherapy on depression among older adults with type-2 diabetes. The samples included 20 older adults with type-2 diabetes who received services at a sub-district health promoting hospital in Bangnampriao District, Chachoengsao Province and were equally divided into the experimental group ($n = 10$) and the control group ($n = 10$). The research instruments were composed of the supportive group psychotherapy, the Mini-Mental State Examination (MMSE)-Thai 2002, the personal information questionnaire, and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) with reliability as .89. The implementation and data collection were conducted from March to May, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, independent *t*-test, and two-way repeated measures ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni method.

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

This research suggests that health care providers should apply the supportive group psychotherapy for reducing depression of older adults with type-2 diabetes in order to enhance their quality of life.

Keywords: Supportive group psychotherapy, Depression, Older adults with type-2 diabetes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้บ่อย อาจถูกมองเหมือนเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั่วไป จึงถูกมองข้าม ละเลย และไม่ได้ให้ความสำคัญ (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ อาจมีอาการรุนแรงมากขึ้น และเป็นสัญญาณเตือนของการเกิดโรคซึมเศร้าได้ (สุนิสา ศรีโมอ่อน, อทิทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, และอัจฉราพร สิทธิณรงค์, 2554) โดยภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสีย บางรายมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงถึงขั้นอยากฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (แก้วดา ลีลาตระการกุล และอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2555) จากการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า ประชากรสูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10-15 (Anderson, 2001) และในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 16 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอัตราการฆ่าตัวตาย 14 คนต่อผู้สูงอายุแสนคน สำหรับประเทศไทย ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2559) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 77 โดยความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 8.70 (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) และจากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.46

(อัญชนา ณ ระนอง, 2562) ประกอบกับประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ตึ่มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการตายลดลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยภาวะซึมเศร้าส่งผลทั้งด้านอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคทางกายและโรคทางจิตร่วมกันในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด โดยพบความชุกร้อยละ 30 (เรณูการ์ ทองคำรอด, 2562) ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการป่วยทางกาย และยังเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้โรคทางกายมีอาการหนักขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น (สาวตรี สิงหาด, 2559) และยังเพิ่มอัตราการตายก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวะพึ่งพิง ต้องมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาและสาเหตุการป่วย การเสียชีวิต อันดับ 1 ใน 10 ของทั่วโลกและประเทศไทย สำหรับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ในประชากร 11 คน มีผู้เป็นโรคเบาหวาน 1 คน โดยพบความชุกของโรคสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.70 และ

เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานถึงร้อยละ 18.50 และพบว่า ผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวานในอัตราส่วน 1 : 5 (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบมากในผู้สูงอายุ เมื่อเป็นแล้วจะรักษาไม่หายขาด ใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ต่อเนื่อง เป็นความทุกข์ทางกาย โรคเบาหวานก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมที่ต้องเฝ้าระวังติดตามการเปลี่ยนแปลงในภาวะวิกฤต ชุกเฉิน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ ไต ตา เท้า ส่งผลให้ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กระทั่งต้องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมหรือสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัว จากการเป็นผู้นำหรือผู้หารายได้มาเป็นผู้ป่วย ต้องรอการช่วยเหลือพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และส่งผลกระทบต่อสื่อสารและสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว (ศิริลักษณ์ ปัญญา และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ทำให้ลดคุณค่าในตนเอง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตนำไปสู่ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (สายฝน เอกวรณกุล, 2554) จากการศึกษาของนิตยา จรัสแสง และคณะ (2555) พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 39.60 โดยผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้ามกกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานถึง 2 เท่า เนื่องจากความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานนำไปสู่ภาวะเครียด สูญเสียพลังอำนาจ มีพฤติกรรมแยกตัวเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและจิตวิญญาณหมดหวัง หดหู่ เกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของวรทยา ทัดหล่อ, กาวนา กิริติยวงศ์, ชนัดดา แนนเกษร, และนิภาวรรณ สามารถถิ

(2555) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ร้อยละ 66.40 นอกจากนี้สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2556) พบว่าปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา เช่น กรรมพันธุ์ สารสื่อประสาทในสมองมีการหลั่งผิดปกติ ทำให้สารสื่อประสาทซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการควบคุมอารมณ์ ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) เกิดภาวะไม่สมดุล โดยมีปริมาณลดลงกว่าปกติ (สายฝน เอกวรณกุล, 2554) ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ ความคิดบิดเบือน ความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การสูญเสียบทบาททางสังคม เหตุการณ์รุนแรงในชีวิตที่มีผลต่อร่างกายหรือจิตใจอย่างเฉียบพลัน การสูญเสีย การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งปัญหาการสื่อสารและสัมพันธภาพของคนในครอบครัว ก็นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เช่นกัน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วิธีที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมี 2 วิธี คือ 1) การบำบัดทางกาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา และ 2) การบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งเป็นการผสมผสานการรักษาทั้งด้านจิตใจและสังคม เป็นการเตรียมความพร้อมในการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ มีกระบวนการที่เกิดจากการสื่อสาร สัมพันธภาพ การรวมกลุ่มเป็นสังคมจำลอง จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา ยอมรับและเผชิญปัญหานั้นๆ (นิรสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) การบำบัดทางจิตสังคมสามารถทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและอาการในแต่ละระยะ รูปแบบของการบำบัด ได้แก่ 1) การให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำถึงปานกลาง เป็นการสนทนาอย่างมีเป้าหมาย

สร้างบรรยากาศและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา 2) การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการบำบัด ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ทุกระดับ เป็นการให้บรรยากาศทางสังคมและ สิ่งแวดล้อมในการรักษา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรม และ 3) ครอบครัว บำบัด เป็นการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทุก ระดับ (Zhang & Li, 2010) สำหรับกลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคอง (supportive group psychotherapy) ตามแนวคิดของ Yalom (1995) มีจุดมุ่งหมายที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล การเรียนรู้ที่จะติดต่อสื่อสารและ สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นโดยใช้กระบวนการ กลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมแสดงความรู้สึก มีการปรับเปลี่ยนความคิด และหาแนวทางในการ แก้ไขปัญหาในปัจจุบัน โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ ต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เป็นไปตาม พัฒนาการของกลุ่ม โดยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และ พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม นำไปสู่การลดภาวะ ซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของเกสร มุ่ยจีน, มรยาท รุจิวิชัย, และชมชื่น สมประเสริฐ (2555) ที่นำ โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมาศึกษา กับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีภาวะ ซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษา ของไข่มุก ไชยเจริญ (2559) ที่ศึกษากลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคองในกลุ่มวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าสามารถลดภาวะ ซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ ดังนั้น

กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจึงช่วยให้เกิด ความรู้สึกตระหนักในการมีคุณค่าของตนเอง และ ช่วยปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้ โดยทำให้มีแนวทาง ในการแก้ไขปัญหาของตนเองไปในทางที่เหมาะสม ในการดำเนินชีวิต นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า และสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสม กับการนำมาใช้ในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะ ซึมเศร้าทุกระดับ

จากข้อมูลข้างต้นที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็น เบาหวานชนิดที่ 2 มีความทุกข์ทางกาย ทางจิตใจ และทางอารมณ์ มีภาวะพึงพิง สูญเสียบทบาทหน้าที่ ขาดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีปัญหาการสื่อสาร เพื่อสร้างความเข้าใจหรือบอกความรู้สึกของตนเอง จึงนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มจิตบำบัดแบบ ประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรู้สึก ความสามารถ ศักยภาพของตนเอง มีการปรับตัวตามสภาพแวดล้อม และสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยใน ฐานะผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและงานโรคไม่ติดต่อ ในระดับอำเภอ จึงสนใจนำแนวคิดกลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคองมาใช้ในการลดภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็น สังคมผู้สูงอายุ ที่มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีภาวะซึมเศราร่วมด้วย ซึ่งคาดว่าผลการวิจัย ครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้สามารถ ดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

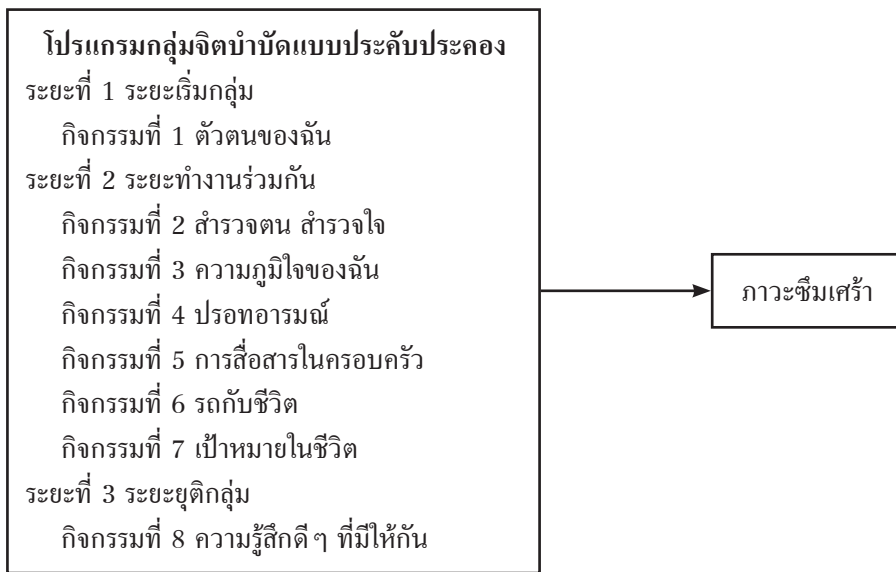
1. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

2. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองของ Yalom (1995) ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเน้นการใช้จิตบำบัดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่ม จะช่วยให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้มีการปรับเปลี่ยน

ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม เน้นกระบวนการกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ประสบการณ์ การเผชิญปัญหา และเกิดทักษะการแก้ไขปัญหาได้ โดยเน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยจะเชื่อมโยงปัญหาสัมพันธภาพที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเชื่อว่า พฤติกรรมหรืออารมณ์ของผู้ป่วย ณ ปัจจุบันเป็นสิ่งที่ได้รับอิทธิพลหรือส่งสมจากสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคคลสำคัญในชีวิต โดยผู้วิจัยใช้หลักการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างและดำรงความเป็นกลุ่ม 2) การสร้างวัฒนธรรมกลุ่ม และ 3) การทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในกลุ่ม ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มกลุ่ม (initiating phase) เพื่อสร้างสัมพันธภาพและและความไว้วางใจระหว่างสมาชิกกลุ่ม ระยะทำงานร่วมกัน (working phase) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ระบายความรู้สึกและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน มองเห็นคุณค่าของกันและกัน เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดทักษะการคิดและการเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าได้ และระยะยุติกลุ่ม (terminal phase) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีภูมิลำเนาในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Mini-Mental State Examination [MMSE]-Thai 2002) 3) ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ 4) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale-

TGDS) 5) ไม่ได้รับประทานยาต้านเศร้า 6) ไม่มีโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น โรคกระดูก โรคหัวใจ 7) ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดใดๆ มาก่อน และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีอาการทางกายหรืออาการทางจิตเฉียบพลัน 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass (1976 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553) โดยใช้การศึกษาของอุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง (2554) ได้ค่าเท่ากับ .82 (ค่ามากกว่า .80 ซึ่งเป็นอิทธิพลขนาดใหญ่) จึงใช้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 จากนั้นนำค่ามาเปิดตารางแบบการทดสอบทางเดียว (Burn & Grove, 2005 อ้างถึงในรัตนศิริ ทาโต, 2552) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มละ 10 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 20 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 12 คน รวมจำนวน 24 คน เลือกพื้นที่ศึกษาเป็นตำบลที่มีผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q ผิดปกติสูงสุด ได้ตำบลดอนฉิมพลี ทั้งนี้มีผู้สูงอายุที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 4 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากหมายเลขตามบัญชีรายชื่อ กำหนดให้เลขคู่เป็นกลุ่มทดลองและเลขคี่เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Yalom (1995) ดำเนินการ 3 ระยะ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 กิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่ม มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ตัวตนของฉัน ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่ม และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด

ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน มี 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 สำรวจตน สำรวจใจ ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจตนเอง สำรวจใจ และมีความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า โดยให้สมาชิกกลุ่มเขียนสิ่งที่ทำให้ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ แล้วให้แลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็น และเรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้ากับวิธี

ดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 3 ความภูมิใจของฉัน ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองแก่สมาชิกกลุ่ม โดยให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจความภูมิใจ ความรู้สึกดี ๆ หรือสิ่งที่ทำแล้วประสบความสำเร็จ แลกเปลี่ยนข้อมูล แสดงความคิดเห็น และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 4 พรอทอาร์มน์ ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจอารมณ์ รับรู้อารมณ์ และสามารถจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยให้สมาชิกกลุ่มสำรวจอารมณ์ทางบวกและรับรู้อารมณ์ทางลบที่ส่งผลต่อโรคเบาหวานหรือภาวะซึมเศร้า แลกเปลี่ยนข้อมูล แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอารมณ์ของตน วิธีจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การสื่อสารในครอบครัว ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนการสื่อสารในครอบครัวและฝึกทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม โดยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูล แสดงความคิดเห็น และร่วมกันปรับคำพูดทางลบให้เป็นคำพูดทางบวก

กิจกรรมที่ 6 รดกับชีวิต ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงศักยภาพของตน มีแรงจูงใจและแนวทางในการดูแลตนเอง เกิดการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม โดยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูล แสดงความคิดเห็น และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 7 เป้าหมายในชีวิต ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้กำหนดเป้าหมายในชีวิต วางแผนในการดูแลตนเอง โดยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูล แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 8 ความรู้สึกดี ๆ ที่มีให้กัน ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนสาระสำคัญของการเข้าร่วมกลุ่ม และเพื่อเสริมสร้างกำลังใจในการดูแลตนเองซึ่งกันและกัน โดยให้สมาชิกกลุ่มเขียนข้อความที่ประทับใจ คำให้กำลังใจ และสิ่งที่ได้รับการเข้าร่วมกลุ่ม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (MMSE-Thai 2002) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้สถานที่ (orientation) ด้านความจำ (registration) ด้านความตั้งใจ (attention) ด้านการคำนวณ (calculation) ด้านความเข้าใจภาษา และการแสดงออกทางภาษา (language) และด้านความจำเฉพาะหน้า (recall) คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ชุดที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) ดังรายละเอียดในส่วนที่ 3

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคร่วม รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) ของนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 20 ข้อ

รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามทางบวก หากตอบว่าใช่ ให้ 0 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปกติ/ไม่มีความเศร้า (0-12 คะแนน) มีความเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน) มีความเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน) และมีความเศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย จิตแพทย์ และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขนาก อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 03-01-2562 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ

จะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก สาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว เข้าพบผู้อำนวยการ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี ดอนฉิมพลี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอน การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เบาหวานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและสังเกตพฤติกรรมกลุ่ม โดยผู้ช่วยผู้วิจัยได้ทดลองฝึกการใช้แบบวัดภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และฝึกสังเกตพฤติกรรม กลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย พบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของ สถานีอนามัย แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุของไทย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดย ใช้เวลา 20-25 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยดำเนินการ ทดลองตามโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ ประคับประคองให้แก่กลุ่มทดลอง ที่ห้องประชุมของ สถานีอนามัย สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ในวันจันทร์ และวันศุกร์ เวลา 09.30-11.00 น. โดยผู้ช่วย ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับ

การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำ สถานบริการ ซึ่งประกอบด้วยการประเมินติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การทบทวนและแนะนำ การใช้ยาตามแผนการรักษา การให้ความรู้เรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปัญหาของผู้สูงอายุ และตามแผนการรักษาของแพทย์ การส่งต่อในกรณี ที่มีภาวะแทรกซ้อน การประเมินภาวะซึมเศร้าเมื่อ มาพบแพทย์ตามนัด และการให้คำปรึกษาเบื้องต้น รวมทั้งการเยี่ยมบ้านในกรณีที่ภาวะซึมเศร้า

5. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย พบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของ สถานีอนามัย ให้ตอบแบบวัดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุของไทย หลังการทดลอง (post-test) โดย ใช้เวลา 15-20 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย พบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของ สถานีอนามัย ให้ตอบแบบวัดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุของไทยในระยะติดตามผล 1 เดือน (follow-up) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบ ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบภาวะ ซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะ ก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test ส่วนการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อน การทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ

two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุอยู่ในช่วง 60–70 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่/หย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 90 ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 90 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 80 มีรายได้อยู่ในช่วง 0–5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 80 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 5–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 101–150 mg% และ 151–200 mg% คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 71–80 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่/หย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 80 ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 70 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

คิดเป็นร้อยละ 70 มีรายได้ในช่วง 0–5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 70 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 5–10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 101–150 mg% คิดเป็นร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 17.70 ($SD = 2.21$), 8.20 ($SD = 4.39$) และ 7.60 ($SD = 4.40$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 17.30 ($SD = 3.77$), 16.10 ($SD = 3.70$) และ 17.30 ($SD = 3.68$) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	10	17.70	2.21	.290	.780
กลุ่มควบคุม	10	17.30	3.77		

4. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน และระยะเวลาของการทดลองที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล

1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแต่ละระยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	11,816.07	1	11,816.07	586.140	< .001
ความคลาดเคลื่อน	362.87	18	20.16		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	361.43	2	180.72	16.170	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	290.23	2	145.12	12.990	< .001
ความคลาดเคลื่อน	402.33	36	11.18		

5. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .001$) ระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาของการทดลอง	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองฯ	ติดตามผล 1 เดือน
ก่อนการทดลอง	17.70	-	9.50*	10.10*
หลังการทดลองฯ	8.20	-	-	.60
ติดตามผล 1 เดือน	7.60	-	-	-

* $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม ซึ่งโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Yalom (1995) ที่ให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกกลุ่ม และเน้นหลักการ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้ (here and now)” ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กันช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาไปในทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น และได้รับการประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน โดยสัมพันธภาพเป็นกระบวนการที่สำคัญของการพัฒนาด้านจิตใจและยังทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของกระบวนการกลุ่มโดยมีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้

รวมทั้งมีแนวทางและทักษะในการแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย และใช้เทคนิคต่างๆ ในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เพื่อให้การดำเนินกลุ่มจิตบำบัดเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรมจนสิ้นสุดโปรแกรม โดยระยะแรกเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้จักกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้รู้สึกผ่อนคลายเกิดความไว้วางใจ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน นำไปสู่ระยะการทำงานร่วมกัน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเริ่มจากกิจกรรมสำรวจตน สำรวจใจ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงความรู้สึก อารมณ์ของตนเองที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เช่น สมาชิกคนที่ 4 รู้สึกน้อยใจ เสียใจเศร้าใจกับคำพูดของหลานชาย ที่มีการสื่อสารแบบไม่เหมาะสมและใช้คำพูดที่ไม่สุภาพ สมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ ได้ให้กำลังใจและให้มองหาสิ่งที่ดีที่หลานชายทำให้ ทำให้สมาชิกคนที่ 4 ได้เข้าใจและเรียนรู้อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองในขณะนั้น และมีการเปลี่ยนความคิด มุมมองในสิ่งที่หลานชายดูแล การกล่าบอกความรู้สึกของตนทำให้หลานชายลดพฤติกรรม คำพูดที่ไม่เหมาะสมลง กิจกรรมนี้

ทำให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้สาเหตุและอาการของภาวะซึมเศร้า ได้พูดระบาย ปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึก เกิดความเข้าใจตนเองและผู้อื่น ทำให้เข้าใจว่าปัญหาไม่ได้เกิดกับตนเองคนเดียว และยังได้รับกำลังใจและให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ ด้วย จากนั้นเป็นกิจกรรมความภูมิใจของฉัน ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนความรู้สึกดีๆ และสิ่งที่ตนเองทำแล้วมีความสุข คนรอบข้างมีรอยยิ้มมีความสุข ซึ่งช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้สะท้อนคิดและปรับเปลี่ยนความรู้สึกของตน ทำให้มองเห็นความสามารถและคุณค่าของตน ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967) จากนั้นเป็นกิจกรรมปรอทอารมณ์ โดยให้สมาชิกกลุ่มใช้สีไล่ระดับรูปปรอทอารมณ์ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจสาเหตุและการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า จากนั้นเป็นกิจกรรมการสื่อสารในครอบครัว ช่วยให้สมาชิกกล้าสื่อสารบอกความต้องการที่แท้จริงของตน เข้าใจการสื่อสารแบบตรงไปตรงมา ทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เช่น สมาชิกคนที่ 10 มีอายุ 71 ปี มีลูกชายคนเล็กเป็นวัยรุ่น ซึ่งมีความคิดเป็นของตนเอง ไม่ฟังคำเตือนของพ่อ ชอบติดเพื่อน และกลับบ้านดึก สมาชิกคนที่ 10 ใช้คำพูดแบบประชดประชัน ไม่ตรงกับความรู้สึกห่วงกังวลในความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นกับลูก สมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ ได้ให้กำลังใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสื่อสารทางบวก ทำให้ได้เรียนรู้การนั่งสงบในการรับมือกับความก้าวร้าวของวัยรุ่น และได้เรียนรู้การสื่อสารทางบวกในการบอกความรู้สึกรักและเป็นห่วง ไม่ต้องการให้อยู่ในที่เสี่ยงหรืออันตราย จากนั้นเป็นกิจกรรมรถกับชีวิต ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ทำให้ทราบถึงศักยภาพของตน ได้เรียนรู้การดูแลตนเอง และเห็นคุณค่าของตน จากนั้น

เป็นกิจกรรมเป้าหมายในชีวิต ช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถวางแผนในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลตนเองด้านอาหารการออกกำลังกาย การรับประทานยา และสิ่งสำคัญคือ ต้องมาพบแพทย์ตามแผนการรักษา และวิธีการลดภาวะซึมเศร้า ส่วนระยะยุติกลุ่ม มีกิจกรรมความรู้สึกดีๆ ที่มีให้กัน ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนความรู้และประสบการณ์ในการเข้าร่วมกลุ่มที่ผ่านมา ได้บอกถึงความรู้สึกและประสบการณ์ที่ดีในการเข้าร่วมกลุ่ม และได้รับการประทับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีแนวคิดและมองเห็นความสามารถของตน รู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการใช้ชีวิตกับครอบครัวต่อไป ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เกสร มุขจีน และคณะ (2555) ที่พบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคอง มีระดับความซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของไข่มุก ไชยเจริญ (2559) ที่พบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ส่วนระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคอง โดยเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม และ

สามารถนำประสบการณ์จากการเข้าร่วมกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้วิจัยจะไม่ได้ให้ความรู้หรือจัดกิจกรรมอื่นๆเพิ่มเติมให้แก่สมาชิกกลุ่ม แสดงให้เห็นว่า เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน กลุ่มทดลองยังสามารถนำความรู้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่ระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน และแสดงให้เห็นถึงความคงอยู่ของประสิทธิภาพโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองนี้ นอกจากนี้ กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองยังทำให้เกิดปัจจัยบำบัดซึ่งเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มครั้งนี้มี 11 ปัจจัย ได้แก่ 1) การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ 2) ความเป็นปึกแผ่น 3) การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม 4) การได้ปลดปล่อยความรู้สึก 5) การตระหนักรู้ว่าทุกคนมีปัญหามิเหมือนกัน 6) การให้ข้อมูลของสมาชิก 7) การเกิดพฤติกรรมเลียนแบบ 8) การได้แก้ไขประสบการณ์เดิมของครอบครัว 9) การเพาะความหวัง 10) การได้ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น และ 11) การได้เรียนรู้สัจธรรมในชีวิต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอลดา พลคะชา (2554) ที่พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วัยรุ่นชายที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ ยาลอม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรีย์ โบราณ (2559) ที่พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะ

ติดตามผล 1 เดือน วัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีน กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไปประยุกต์ใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 อาจารย์พยาบาลควรนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นการลดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามภาวะซึมเศร้าในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

2.2 ควรมีการศึกษาโดยใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *ประเด็นสารธรรมคัมภีร์เบาหวานโลก ปี 2559*. สืบค้นจาก <https://www.google.co.th/search?source=hp&ei=spl4W8KeFYp3rQG4orrABw&q>

- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 45(6), 359-374.
- เกสร ม้วยจีน, มรรยาท รุจิวิชญ์, และชมชื่น สมประเสริฐ. (2555). ผลของโปรแกรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 19-34.
- แก้วดา ถิลาตระการกุล, และอุมาพร ตรังคสมบัติ. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1), 29-38.
- ไพบูลย์ไชยเจริญ. (2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยภิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24-31.
- นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขียว, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 439-446.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์, อรพรรณ ทองแดง, ประเสริฐ อัสสันตชัย, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, วรพรรณ เทพหัสดิน ณ อยุธยา, และกนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (บ.ก.). (2558). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอช.
- รัตนศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรณูการ์ ทองคำรอด. (2562). *ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก https://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_8.html
- ลลดา พลกะชา. (2554). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดของยาลอมต่อการเพิ่มคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นชายที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรัทยา ทัดหล่อ, ภาวนา กิริติยวงศ์, ชนิดดา แนนเกษร, และนิภาวรรณ สามารถกิจ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(1), 57-69.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศิริลักษณ์ ปัญญา, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ. (2558). จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 263–278.
- สายฝน เอกวรกร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาวตรี สิงหา. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 18(3), 15–24.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วชิรรินทร์.
- สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2559). *แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564)*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุนิสา ศรีโมอ่อน, อติดา พรชัยเกตุ โอว ของ, และอัจฉราพร สีหิณวงศ์. (2554). การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(3), 107–116.
- สุนทรีย์ โบราณ. (2559). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อการรับรู้ความสามารถของตนและความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดในวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัญญา ณ ระนอง. (2562). “ผู้สูงอายุไทยซึมเศร้าหรือไม่”. สืบค้นจาก <http://nidapoll.nida.ac.th/index.php?op=polls-detail&id=650>
- อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง. (2554). *ผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Anderson, A. N. (2001). Treating depression in old age: The reasons to be positive. *Age and Aging*, 30(1), 13–17. doi:10.1093/ageing/30.1.13
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- van Schaik, A., van Marwijk, H., Adèr, H., van Dyck, R., de Haan, M., Penninx, B., ... Beekman, A. (2006). Interpersonal psychotherapy for elderly patients in primary care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(9), 777–786. doi: 10.1097/01.JGP.0000199341.25431.4b
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.
- Zhang, B., & Li, J. (2010). *Gender and marital status differences in depressive symptoms among elderly adults: The roles of family support and friend support*. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2011.569481>

ผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธ ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*

Effect of the Anger Management Program on Aggressive Behavior
among Elderly Patients with Schizophrenia,
Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province*

ปพิชญา คณารีย์, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)¹

Papitchaya Kanaree, M.N.S. (Psychiatric Nursing and Mental Health)¹

ภัทรารณณ์ พุ่งปันคำ, ปร.ด. (การพยาบาล)²

हररषा सेरुषฐฐบุषา, ปร.ด. (การพยาบาล)³

Patraporn Tungpunkom, Ph.D. (Nursing)²

Hunsa Sethabouppha, Ph.D. (Nursing)³

Received: March 27, 2021

Revised: May 15, 2021

Accepted: May 19, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 9 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ

* การค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหำบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบประเมิน
พุทธิปัญญา แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว มีค่าความเชื่อมั่น .80
ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank
test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่า
ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.719, p < .01$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง
มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.289, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพจิตควรนำโปรแกรมการจัดการกับ
ความโกรธไปประยุกต์ใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

คำสำคัญ: การจัดการกับความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the anger management program on aggressive behavior among elderly patients with schizophrenia, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. The samples consisted of 18 elderly patients with schizophrenia who received medical services at Suan Prung Psychiatric Hospital and were equally divided into the experimental group ($n = 9$) and the control group ($n = 9$). The research instruments included the anger management program, the Thai Version of Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-T) with reliability as .81, the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), the demographic record form, and the Overt Aggression Scale (OSA) with reliability as .80. The implementation and data collection were conducted from October to December, 2019. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significant lower mean score of aggressive behavior than that of before the experiment ($Z = -2.719, p < .01$), and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significant lower mean score of aggressive behavior than that of the control group ($Z = -3.289, p < .01$).

This research suggests that psychiatric personnel should apply the anger management program for reducing aggressive behavior among elderly patients with schizophrenia.

Keywords: Anger management, Aggressive behavior, Elderly patients with schizophrenia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นโรคเรื้อรังที่มักเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป และในที่สุดจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ เป็นโรคที่ก่อให้เกิดการไร้ความสามารถ (disability) โดยเฉพาะด้านการเรียนและการทำงาน อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทมีประมาณ 0.10 ต่อประชากรพันคน อัตราความชุกประมาณ 3-10 ต่อประชากรพันคน (World Health Organization [WHO], 2016) ในประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคก่อนข้างสูงกว่าประชากรโลก โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเท่ากับ 0.30 ต่อประชากรพันคน อัตราความชุกประมาณ 8.80 ต่อประชากรพันคน (ภัทรภรณ์ พุ่งป็นคำ, 2560) จากสถิติของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 455,118 คน คิดเป็นร้อยละ 13.58 ของผู้ป่วยทางจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2561) สำหรับโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ มีหน้าที่ให้การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ยุ่งยาก ซับซ้อน รุนแรง และเรื้อรัง พบสถิติผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในช่วงปีงบประมาณ 2560-2562 จำนวน 1,623 คน 1,554 คน และ 1,438 คน คิดเป็นร้อยละ 30.46, 29.81 และ 28.51 ของผู้ป่วยทางจิตเวชทั้งหมด

ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2562)

พฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท สามารถแสดงออกได้ทั้งทางวาจาและพฤติกรรม โดยสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวในโรคจิตเภทเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า การควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ซึ่งแสดงออกได้ทั้งทางวาจาและพฤติกรรม เช่น พุดจาข่มขู่ผู้อื่น ตะโกนส่งเสียงดัง ดุด่า ชกต่อยผู้อื่น หรือทำร้ายตัวเองโดยวิธีการดิ่งผม โยกศีรษะกับพื้น (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2556) ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมักมีสาเหตุจากความเสื่อมของระบบประสาทและสมองร่วมด้วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นภายในเพิ่มเติมจากอาการทั่วไปของโรคจิตเภท ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้ และตัวโรคเองก็สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้จากการมีอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวตลอดเวลาเป็นระยะเวลานานจะมีรอยโรคที่สมองส่วนหน้า ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวเป็นช่วง ๆ หรือเป็นช่วงสั้น ๆ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการของโรค เช่น ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดคิดว่าจะมีคนทำร้าย จึงแสดงความก้าวร้าวออกมา (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) โดยพฤติกรรมก้าวร้าวดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากร และโรงพยาบาล จากรายงาน

อุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลสวนปรง ในปีงบประมาณ 2560 และ 2561 พบว่า ผู้ป่วย จิตเภทสูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 10 คน และ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 22.73 และ 32.43 ของ จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มารับ บริการแบบผู้ป่วยใน ตามลำดับ (โรงพยาบาล สวนปรง จังหวัดเชียงใหม่, 2561) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีแนวโน้มของการแสดง พฤติกรรมก้าวร้าวที่เพิ่มขึ้น

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศไทยมีเหตุการณ์ รุนแรงเกิดขึ้นมากมาย ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย ทางจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช มาแล้ว โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงสูงใน การก่อเหตุความรุนแรง มุ่งร้ายแก่ชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2558) ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทส่งผล ให้เกิดอันตรายต่อตัวบุคคล ทั้งตัวผู้ป่วย คนรอบข้าง และญาติพี่น้อง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) นอกจากนี้ ในการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยมักตามมา ด้วยการก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นอยู่เสมอ โดยผู้ป่วยมักมีอาการหูแว่ว หวาดระแวง หลงผิด คิดว่ามีคนมาปองร้าย ทำให้ขาดการควบคุมอารมณ์ มีอาการอะละโยวาย คลุ้มคลั่ง (อักรเดช กลิ่นพิบูลย์, 2556) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ นั้น มักมีพฤติกรรม ก้าวร้าวจากการเสื่อมถอยของร่างกาย เช่น สูญเสีย การมองเห็นที่ชัดเจน การได้ยินที่ลดลง หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า มีอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย (พัชรนันท์ ชัยชาญทิพยุทธ, 2559) และพบว่า ปัจจัยทางเพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ก้าวร้าว โดยเพศชายมักแสดงออกถึงพฤติกรรม ก้าวร้าวได้มากกว่าหรือรุนแรงกว่าเพศหญิง (บุษยา ศรีวรรณ, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการ กับพฤติกรรมก้าวร้าวพบว่า โปรแกรมการจัดการกับ

ความโกรธสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้ ทั้งในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Novaco (1975) ที่เชื่อว่า กระบวนการทางปัญญา มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมในแต่ละ บุคคล โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการรับรู้ ตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าว และบุคคลสามารถเรียนรู้ทักษะในการควบคุม ความโกรธ ซึ่งโปรแกรมได้รับการทดสอบแล้วว่า มีประสิทธิภาพ และมีการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทใน ประเทศไทย โดยพบว่า โปรแกรมสามารถป้องกันการ เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ (หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง, 2550) สามารถ ลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ (บุษยา ศรีวรรณ, 2552) และสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ทุกคนในโรงพยาบาล สวนปรง (ทศพล อะกะเรื่อน, 2559)

จากประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการ ความโกรธดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่ทดสอบ ผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อ พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรง โดยไม่มีการดัดแปลงเนื้อหา ของโปรแกรมแต่อย่างใด แม้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุอาจมีความแตกต่างจาก ผู้ป่วยจิตเภทอื่นทั้งในส่วนพยาธิสภาพ ความบกพร่อง ในการทำงานของสมอง และสาเหตุของพฤติกรรม ก้าวร้าว หากโปรแกรมการจัดการกับความโกรธ สามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท สูงอายุได้เป็นอย่างดี ก็จะสามารถนำโปรแกรม ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

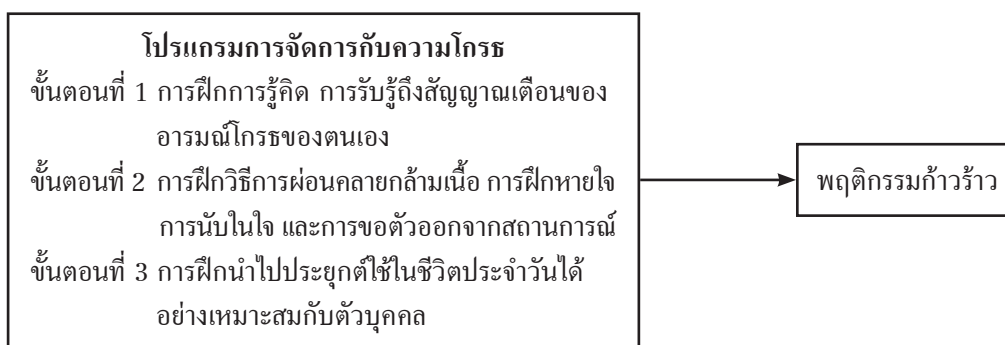
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด

การจัดการกับความโกรธของ Novaco (1975) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานว่า กระบวนการทางปัญญาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยการฝึกการรู้คิด การรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของความโกรธของตนเอง การฝึกวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การนับในใจ และการขอตัวออกจากสถานการณ์ รวมทั้งการฝึกนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมกับตัวผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแต่ละคน เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างอัตโนมัติ โดยก่อให้เกิดกลไกทางปัญญา คือ เมื่อจัดการเปลี่ยนแปลงความคิดแล้ว จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวได้ในที่สุด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับ

การวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ว่าเป็นโรคจิตเภท ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสวนปรุง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการรักษาในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 2) เป็นเพศชาย 3) มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว 4) มีประวัติพฤติกรรม

ก้าวร้าวก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเวลา 1 เดือน ซึ่งประเมินจากประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และ/หรือการมีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งประเมินจากข้อมูลในบันทึกทางการแพทย์ หรือใบบันทึกการให้ยาฉีด และยาที่ให้เมื่อมีอาการ (prn) 5) มีอาการทางจิตในระดับต่ำกว่าเกณฑ์จนถึงอยู่ในเกณฑ์ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (the Thai Version of Positive and Negative Syndrome Scale [PANSS-T]) 6) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพุทธิปัญญา (the Montreal Cognitive Assessment [MoCA]) 7) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 8) ไม่มีโรคร่วมทางจิตและทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย 9) ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า 10) ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัยอื่นๆ และ 11) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือกลับมีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Cohen (1988) โดยใช้การศึกษาของพุงศักดิ์ ฝางแก้ว และเพ็ญญาแดงด้อมยุทธ์ (2562) ได้ค่าเท่ากับ 10.07 (ค่ามากกว่า 1.40 ซึ่งเป็นค่าสูงสุดในการใช้สูตรนี้) จึงใช้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.40 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 9 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 18 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 10 คน รวมจำนวน 20 คน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างที่ห่อผู้ป่วยฝ้ายคำ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่าง

ที่ห่อผู้ป่วยมุขิตา เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธจากงานวิจัยของหทัยรัตน์ ดิษฐอิง (2550) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Novaco (1975) เกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์โกรธ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมความคิด โดยสอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด ปฏิกริยาทางกาย ลักษณะทางพฤติกรรมของความโกรธ และผลกระทบของความโกรธต่อตนเอง และผู้อื่น 2) ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ โดยฝึกให้เกิดการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับความโกรธต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และ 3) ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น โดยสอนการแสดงบทบาทสมมติ ทั้งนี้ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นเตรียมความคิด มี 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การรู้จักพฤติกรรม

ก้าวร้าว ใช้เวลา 60-90 นาที โดยมีการเปิดกลุ่มแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการปฏิบัติ กิจกรรมการจัดการกับความโกรธ

กิจกรรมที่ 2 ผลกระทบของ

การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและการรับรู้สัญญาณเตือนทางร่างกายก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลา 60-90 นาที โดยให้บอกผลกระทบที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและการรับรู้สัญญาณเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ มี 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การฝึกการป้องกัน

การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลา 60-90 นาที โดยมีการฝึกการหายใจ การนับในใจ และการขอตัว

ออกจากสถานการณ์

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการพูด เพื่อแสดงความรู้สึก และการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ใช้เวลา 60-90 นาที โดยมีการฝึกพูดที่เหมาะสมเพื่อแสดงความรู้สึกต่อสถานการณ์

ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 การใช้บทบาทสมมติในการนำไปประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ใช้เวลา 60-90 นาที โดยให้เลือกใช้ทักษะการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามที่ได้เรียนรู้มา ไปใช้กับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว ดังรายละเอียดในส่วนที่ 3

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ของธนานิษฐ์โกวิท, สเปญ อุ๋นอองค์, ดารณศ เกษไชย, และปรภากร ฌมยางกูร (2543) ที่แปลจากแบบประเมินอาการทางจิตของ Kay, Fiszbein, and Opler ปี ค.ศ. 1987 แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางบวก จำนวน 7 ข้อ ด้านอาการทางลบ จำนวน 7 ข้อ ด้านอาการทั่วไป จำนวน 16 ข้อ และด้านความเสี่ยงต่อการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 33 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ตั้งแต่ไม่มีอาการ จนถึงมีอาการรุนแรงมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 7 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่าเกณฑ์ (33-39 คะแนน) ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย (40-44 คะแนน) อยู่ในเกณฑ์ (45-55 คะแนน) สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย (56-60 คะแนน) สูงกว่าเกณฑ์ (61-65 คะแนน)

สูงกว่าเกณฑ์มาก (66-70 คะแนน) และสูงกว่าเกณฑ์มาก ๆ (มากกว่า 70 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) ของโสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (Hemrungronj, 2007) ที่พัฒนาจากแบบประเมินของ Nasreddine ปี ค.ศ. 2004 ครอบคลุมการประเมินด้านความตั้งใจ สมาธิ บทบาทการบริหาร ความจำ ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน เกณฑ์ผ่านในการวิจัยครั้งนี้คือ 17 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และกลุ่มยาจิตเวชที่ได้รับ จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของหทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง (2550) ที่ประยุกต์จากแบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรง ของกชพงศ์ สารการ ปี พ.ศ. 2542 ซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale [OSA]) ของ Yudofsky et al. ปี ค.ศ. 1986 แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อวัตถุสิ่งของ จำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อตนเอง จำนวน 6 ข้อ และพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่น จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมก้าวร้าว 1 ครั้ง

มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2 ครั้ง และมีพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ครั้งขึ้นไป คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-78 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวมาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วย วิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81 และนำ แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวไปทดลองใช้โดยผู้วิจัย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 1 คน ทำการสังเกต ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ แคลปปา ได้ค่าเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 029/2019 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2562) และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาล สวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารรับรอง เลขที่ 18/2562 วันที่ 2 ตุลาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและ เก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษา เป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สวนปรุง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ฝ่ายคำ 1 และหัวหน้าหอผู้ป่วยมุขิตา เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วย ฝ่ายคำ 1 แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และขอให้ ทีมการดูแลผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของ กลุ่มทดลองแต่ละคนทุกเวอร์ โดยใช้แบบสังเกต พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ก่อน การทดลอง (pre-test)

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยมุขิตา แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และขอให้ทีมการดูแล ผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มควบคุม แต่ละคนทุกเวอร์ โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรม ก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนการทดลอง (pre-test)

4. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรม การจัดการกับความโกรธให้แก่กลุ่มทดลอง ที่ห้อง กิจกรรมกลุ่มบำบัด ตึกฝ่ายคำ 1 โดยดำเนินการใน รูปแบบกิจกรรมกลุ่ม วันละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 5 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จากทีมการดูแลประจำหอผู้ป่วยมุขิตา

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยฝ่ายคำ 1 สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองแต่ละคน โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง (post-test)

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยมุขิตา สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มควบคุมแต่ละคน โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง (post-test)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างของทดลองตัวกลุ่มละ 1 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 9 คน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.56 โดยมีอายุเฉลี่ย 67.44 ปี ($SD = 5.38$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 77.78 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรส/หย่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.45 มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.45 มีจำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง และ 6-10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 44.45 เท่ากัน โดยมีจำนวนครั้งของการรักษาเฉลี่ย 6.44 ครั้ง ($SD = 4.10$) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 11-20 ปี และ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ

33.33 เท่ากัน โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 23.22 ปี ($SD = 11.77$) และทั้งหมดได้รับยาจิตเวชในกลุ่ม antipsychotic drug คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีอายุเฉลี่ย 64.44 ปี ($SD = 1.33$) ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 66.67 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรส/หย่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.45 มีอาชีพค้าขาย และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 33.33 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 6-10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 77.78 โดยมีจำนวนครั้งของการรักษาเฉลี่ย 8 ครั้ง ($SD = 2.18$) ทั้งหมดมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 17.11 ปี ($SD = 2.21$) และทั้งหมดได้รับยาจิตเวชในกลุ่ม antipsychotic drug คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายรูปแบบและโดยรวม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.719, p < .01$) เมื่อจำแนกเป็นรายรูปแบบ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่น ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.714, p < .01$ และ $Z = -2.333, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
จำแนกเป็นรายรูปแบบและโดยรวม

พฤติกรรมก้าวร้าว	ก่อนการทดลอง (n = 9)		หลังการทดลอง (n = 9)		Wilcoxon signed-rank test	
	M	SD	M	SD	Z	p
ทางวาจา	1.00	.50	.00	.00	-2.714	.007
ทางกายต่อวัตถุสิ่งของ	.22	.67	.00	.00	-1.000	.317
ทางกายต่อตนเอง	.00	.00	.00	.00	.000	1.000
ทางกายต่อผู้อื่น	.78	.67	.00	.00	-2.333	.020
โดยรวม	2.00	.71	.00	.00	-2.719	.007

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่าง
กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
จำแนกเป็นรายรูปแบบและโดยรวม พบว่า หลัง
การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
ก้าวร้าวโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($Z = -3.289, p < .01$) เมื่อจำแนกเป็น
รายรูปแบบ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง
มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาต่ำกว่า
กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.204, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
หลังการทดลอง จำแนกเป็นรายรูปแบบและโดยรวม

พฤติกรรมก้าวร้าว	กลุ่มทดลอง (n = 9)		กลุ่มควบคุม (n = 9)		Mann-Whitney U test	
	M	SD	M	SD	Z	p
ทางวาจา	.00	.00	.44	.53	-2.204	.028
ทางกายต่อวัตถุสิ่งของ	.00	.00	.00	.00	.000	1.000
ทางกายต่อตนเอง	.00	.00	.00	.00	.000	1.000
ทางกายต่อผู้อื่น	.00	.00	.33	.50	-1.844	.065
โดยรวม	.00	.00	.78	.44	-3.289	.001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ ซึ่งโปรแกรม ดังกล่าวสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับความโกรธของ Novaco (1975) ที่เชื่อว่า กระบวนการทางปัญญามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทาง พฤติกรรมในแต่ละบุคคล โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการรับรู้ตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของ พฤติกรรมก้าวร้าวก่อน และบุคคลสามารถเรียนรู้ ทักษะในการควบคุมอารมณ์ที่มีต่อตัวกระตุ้น และ ควบคุมความโกรธที่เกิดขึ้นเพื่อหยุดยั้งพฤติกรรม ก้าวร้าวที่จะตามมาได้ โดยโปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การรู้จักพฤติกรรม ก้าวร้าว เป็นการแนะนำตัว และการนำเข้าสู่การเรียนรู้ เกี่ยวกับความก้าวร้าว ความโกรธ และกิจกรรม ที่ 2 ผลกระทบของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการรับรู้สัญญาณเตือนทางร่างกายก่อนเกิด พฤติกรรมก้าวร้าว ในขั้นตอนนี้จึงทำให้กลุ่มทดลอง ได้รู้จักกัน และเริ่มเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนคือ ความโกรธที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ขั้นตอนที่ 2 ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 การฝึกการป้องกันการเกิด พฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีการฝึกการหายใจ การนับ ในใจ และการขอตัวออกจากสถานการณ์ และ กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดง ความรู้สึก และการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในขั้นตอนนี้จึงทำให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้วิธีการ ป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้ฝึกทักษะ

การพูด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้สามารถนำ ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ต่อไป และขั้นตอนที่ 3 ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น มี 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 5 การใช้บทบาทสมมติในการนำ ไปประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน โดย เลือกใช้ทักษะการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ตามที่ได้เรียนรู้มา ซึ่งผู้วิจัยสามารถนำไปใช้ในชีวิต ประจำวันได้ และสามารถจัดการกับอารมณ์โกรธ ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น หลังการทดลอง กลุ่มทดลองจึงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองทุกคนไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ขึ้นอีกในระยะเวลา 1 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษา ของพยุศักดิ์ ผางแก้ว และเพ็ญญา แฉงด้อมยุทธ์ (2562) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม ทดลองที่ได้รับการจัดการกับความโกรธโดยเน้น การปรับความคิด มีคะแนนเฉลี่ยความโกรธลดลงกว่า ก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง (2550) ที่พบว่า หลังได้รับ การสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกัน การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภททุกคน ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรม การจัดการกับความโกรธที่จัดให้กลุ่มทดลองนั้น ช่วยให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความก้าวร้าว ความโกรธ ผลกระทบต่อการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว มีการรับรู้สัญญาณเตือนของอารมณ์โกรธ และ หาแนวทางการป้องกันหรือการยับยั้งพฤติกรรม ก้าวร้าว อีกทั้งได้ฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ โดยวิธีการต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การนับในใจ ซึ่งล้วนเป็นเทคนิคที่

ช่วยในการผ่อนคลายความเครียดที่ใช้ได้ผลดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยช่วยลดอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้สามารถควบคุมการกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีการประยุกต์สิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยกลุ่มทดลองไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางวาจา ทางกายต่อวัตถุ สิ่งของ ทางกายต่อตนเอง และทางกายต่อผู้อื่น ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมการดูแลประจำหอผู้ป่วย ยังคงมีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางวาจาและทางกายต่อผู้อื่น ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางจิต โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งประกอบด้วยการประเมินอาการ การคัดแยกผู้ป่วย การเจรจาต่อรอง การจัดสิ่งแวดล้อม การใช้ห้องแยก การผูกมัด การฉีดยาตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวัง สังเกตอาการ โดยแนวทางปฏิบัติดังกล่าวใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จึงอาจทำให้การปฏิบัติบางอย่างไม่เจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพยุ้งศักดิ์ ผางแก้ว และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2562) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการกับความโกรธโดยเน้นการปรับความคิด มีคะแนนเฉลี่ยความโกรธลดลงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสมบัติประทักษ์กุลวงศา (2553) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการควบคุมความโกรธ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพจิตควรนำโปรแกรมการจัดการกับความโกรธไปประยุกต์ใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาและพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะเวลาที่นานขึ้น เช่น ติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน และติดตามหลังกลับบ้านภายใน 2 เดือน หรือ 3 เดือน เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธในระยะยาว เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการให้โปรแกรมเพื่อการกระตุ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2558). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภท ปี พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- ทศพล อะกะเรือน. (2559). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. สืบค้นจาก <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/39403?mode=full>

- ธนา นิลชัยโกวิท, สเปญ อุ๋นอองค์, คารณศ เกษไสว, และปรการ ฅมยางกูร. (2543). เครื่องมือวัดกลุ่มอาการบวกและลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T): การตรวจสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ. *จดหมายเหตุทางการแพทย์*, 83(6), 646–651.
- บุญยา ศรีวรรณ. (2552). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชชนครินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พยุศักดิ์ ผางแก้ว, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2562). ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(1), 53–69.
- พัชรนันท์ ชัยชาญทิพยุทธ. (2559). *สภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อสูงวัยขึ้น*. สืบค้นจาก <https://medium.com/.../สภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อสูงวัยขึ้น-dd5714acc1c>
- พิเชฐ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (บ.ก.). (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภัทรภรณ์ พุงปันคำ. (2560). *การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. เชียงใหม่: สมาร์ท โคตติง แอนด์ เซอร์วิส.
- มณฑาทิพย์ ชัยเปรม. (2556). รายงานเบื้องต้น: พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาล. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(1), 57–65. สืบค้นจาก file:///C:/Users/Asus/Desktop/10146-ไฟล์บทความ-129416-1-10-20160428.pdf
- โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2561). *สถิติรายงานอุบัติการณ์ กลุ่มโรคจิตเภท ปี พ.ศ. 2561*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2562). *สถิติผู้ป่วยใน โรคจิตเภท ปี พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา. (2553). โปรแกรมการควบคุมความโกรธสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 18(2), 105–112.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- หทัยรัตน์ ดิษฐอิง. (2550). *การสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์* (การศึกษานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: วิ.พรินท์ (1991).
- อักรเดช กลิ่นพิบูลย์. (2556). *การจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว*. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/520965>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hemrungsorn, S. (2007). *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA Thai version 15 March 2007*. Retrieved from [www.http://mocatest.org](http://mocatest.org)

Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Lexington Book. Retrieved from http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/fileadmin/user_upload/Accepted_procedures/anger.pdf

World Health Organization. (2016). *Schizophrenia*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน*

Effects of Self-regulation Program on Eating Behavior, Exercise Behavior, and Blood Sugar Level among People at High Risk of Diabetes Mellitus*

ดร.ณิ เวรนาม, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ¹

Darunee Woranam, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ¹

ชนัญชิตา ดุสฎี ทูลศิริ, ปร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) ²

Chanandchidadussadee Toonsiri, Ph.D. (Medical and Public Health Social Sciences) ²

พรนภา หอมสินธุ์, Ph.D. (Nursing) ³

Pornnapa Homsin, Ph.D. (Nursing) ³

Received: July 4, 2019 Revised: May 21, 2021 Accepted: May 24, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนเสี่ยงสูงโรคเบาหวานที่อาศัยในอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

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

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

จำนวน 56 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 28 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการกำกับตนเอง คู่มือความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบบันทึกการกำกับตนเอง แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าความเชื่อมั่น .69 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย มีค่าความเชื่อมั่น .86 และเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.863, p < .01$ และ $t = 6.483, p < .001$ ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.592, p < .001$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.500, p < .001$ และ $t = 6.645, p < .001$ ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.791, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมการกำกับตนเองไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน เพื่อให้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการกำกับตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of self-regulation program on eating behavior, exercise behavior, and blood sugar level among people at high risk of diabetes mellitus. The samples included 56 people at high risk of diabetes mellitus who lived in Banglamung District, Chonburi Province and were equally divided into the experimental group ($n = 28$) and the comparison group ($n = 28$). The research instruments consisted of the self-regulation program, the diabetes knowledge handbook, the self-regulation record form, the demographic interview form, the eating behavior interview form with reliability as .69, the exercise behavior interview form with reliability as .86, and the blood glucose meter. The implementation

and data collection were conducted from August to October, 2017. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean scores of eating behavior and exercise behavior than those of before the experiment ($t = 2.863, p < .01$ and $t = 6.483, p < .001$, respectively), whereas the experimental group had statistically significant lower mean of blood sugar level than that of before the experiment ($t = 4.592, p < .001$), and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean scores of eating behavior and exercise behavior than those of the comparison group ($t = 4.500, p < .001$ and $t = 6.645, p < .001$, respectively), whereas the experimental group had statistically significant lower mean of blood sugar level than that of the comparison group ($t = 3.791, p < .001$).

This research suggests that health care providers should apply the self-regulation program to enhance eating behavior and exercise behavior among people at high risk of diabetes mellitus in order to reduce their blood sugar level.

Keywords: Self-regulation program, Eating behavior, Exercise behavior, Blood sugar level, People at high risk of diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation [IDF], 2015) ได้ระบุว่าในปี พ.ศ. 2558 มีความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 415 ล้านคนทั่วโลก และในปัจจุบันพบว่าประชากรมากกว่า 1 ล้านคน มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (IDF, 2015) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2554 ที่ได้ตรวจคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 22.20 ล้านคน

พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 1,581,857 คน คิดเป็นร้อยละ 7.13 และจากการตรวจคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558 ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 13,922,447 คน พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 1,674,541 คน คิดเป็นร้อยละ 12.03 (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สำหรับจังหวัดชลบุรี ได้มีการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 317,270 คน ในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 24,419 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 ส่วนในอำเภอบางละมุง ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 54,136 คน ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า

มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 2,420 คน คิดเป็นร้อยละ 4.47 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2558) หากประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดีจะทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ในช่วงระยะเวลา 5-10 ปีข้างหน้า อาจมีโอกาที่จะพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (Bock et al., 2006)

โรคเบาหวานทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต เท้า ระบบประสาท หัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งโรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญของการตาบอด ไตวาย การถูกตัดเท้าหรือขาจากแผลติดเชื้อลุกลาม ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบมากกว่าคนปกติ อีกทั้งยังมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าคนที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน (สารัช สนทรโยธิน, 2556) สำหรับผลกระทบด้านจิตใจ การเป็นโรคเบาหวานทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ ซึ่งอาจเกิดจากความเครียดที่ต้องดูแลและควบคุมโรค หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่งนอกจากโรคซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่มีความสุขแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษา ทำให้ผลการรักษาไม่ดี และเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อเนื่องไปถึงด้านเศรษฐกิจและสังคม กล่าวคือทำให้เกิดผลเสียต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และสังคมที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูงขึ้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รวมทั้งเป็นภาระของครอบครัวและสังคมในการที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย (ชัชลิต รัตสาร, 2557) ดังนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดการเกิดโรคเบาหวาน โดยการรณรงค์ป้องกันการพัฒนาเป็นโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน มีหลายปัจจัย ได้แก่ การมีอายุ 35 ปีขึ้นไป การมีภาวะอ้วน การมีพ่อ แม่ พี่ หรือน้องเป็นโรคเบาหวาน การเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต การมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ การมีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด การมีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ การขาดการออกกำลังกาย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) และการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (Alberti, Zimmet, & Shaw, 2007) ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล คือ รับประทานอาหารหวาน มัน เค็มมากเกินไป และรับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556) รวมทั้งจากสภาวะความเป็นอยู่ในปัจจุบันที่มีวิถีชีวิตเปลี่ยนไป มีอาหารจานด่วนที่สามารถหารับประทานได้ง่าย และงานที่ต้องใช้แรงงานกลายเป็นงานนั่งโต๊ะ การเดินทางที่สะดวกสบาย ไม่ว่าจะด้วยยานพาหนะส่วนตัวหรือระบบการขนส่งสาธารณะที่ทันสมัยและครอบคลุม หรือแม้แต่เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่สามารถสร้างความบันเทิงได้โดยไม่ต้องขยับร่างกายมาก ทำให้พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนมีโอกาเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบัน การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่สามารถป้องกันได้ คือ ปัจจัยด้านภาวะอ้วน โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสม ซึ่งหากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวได้ก็จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ในอนาคต

แนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1986) เป็นแนวคิดหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงได้ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ การสังเกตตนเอง (self-observation) การตัดสินตนเอง (self-judgment) และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) อันจะนำไปสู่กระบวนการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ โดยให้บุคคลเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย ลงมือกระทำด้วยตนเอง และเห็นผลลัพธ์ของการกระทำด้วยตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการนำแนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้น (สุกาญจน์ อยู่คง, มลีนี สมภพเจริญ, ธราดล เก่งการพานิช, และทัศนีย์ รวีวรกุล, 2558) ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงดีขึ้น (ปัทมพร กิตติพิรชล, วรณิภา อัสวชัยสุวิกรม, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2555) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศอิหร่าน มีพฤติกรรมรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (Tavakolizadeh, Moghadas, & Ashraf, 2014)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1986) ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง

โรคเบาหวาน โดยทำตามกระบวนการสังเกต พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด การตั้งเป้าหมายเชิงบวกที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบันทึกพฤติกรรม และการประเมินข้อมูลเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ พร้อมแสดงความรู้สึกเมื่อทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย อันจะนำไปสู่การกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เมื่อการกระทำดังกล่าวทำเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีโอกาสดลดลงได้ จึงสามารถป้องกันการพัฒนาเป็นโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน และทำให้ประชาชนเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

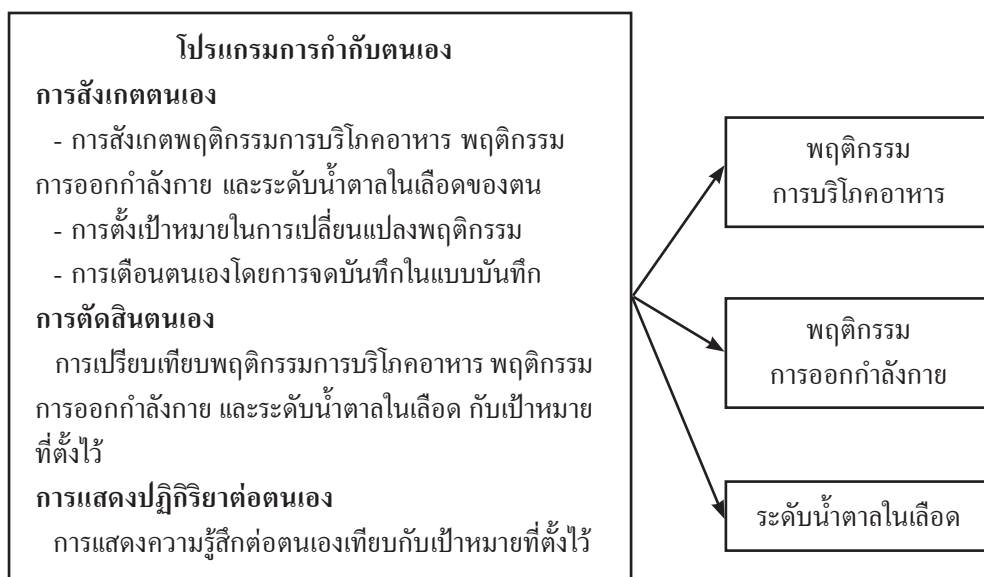
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1986) ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่า มนุษย์สามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานที่มีการกำกับตนเอง ได้แก่ 1) การสังเกตตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออก

กำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของตน โดยการตั้งเป้าหมายที่สามารถทำได้ และการเตือนตนเองโดยการจดบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด) 2) การตัดสินใจตนเอง โดยการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการกระทำกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยแสดงความรู้สึกเมื่อทำได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดี และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป อาศัยในอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ที่มีความเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน ซึ่งคัดกรองตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ได้คะแนน 6 คะแนนขึ้นไป และมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอยู่ระหว่าง 100–125 mg/dL โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass (1976 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) โดยใช้การศึกษาของสุวีพร แสงสุวรรณ, วรณิภา อัสวชัยสุวิกรม, และพรนภา หอมสินธุ์ (2554) ได้ค่าเท่ากับ 1.05 (ค่ามากกว่า .80 ซึ่งเป็นอิทธิพลขนาดใหญ่) จึงใช้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 จากนั้นนำค่ามาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1987 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) รวมจำนวน 50 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของ

กลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 28 คน รวมจำนวน 56 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกตำบลที่มีอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานใกล้เคียงกันมา 4 ตำบล (จากจำนวน 8 ตำบล) ได้แก่ ตำบลบางละมุง ตำบลหนองปรือ ตำบลห้วยใหญ่ และตำบลหนองปลาไหล จากนั้นเลือกตำบล 2 ตำบล ด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มโดยการจับฉลาก ได้ตำบลห้วยใหญ่และตำบลหนองปลาไหล แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ได้ตำบลห้วยใหญ่เป็นกลุ่มทดลอง และตำบลหนองปลาไหลเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างจากตำบลห้วยใหญ่ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก จำนวน 28 คน แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างจากตำบลหนองปลาไหล ด้วยการจับคู่ตามเพศและช่วงอายุ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมีดังนี้

1.1 โปรแกรมการกำกับตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1986) ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง โดยสังเกตพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ตั้งเป้าหมายที่สามารถทำได้ และเตือนตนเองโดยการจดบันทึก 2) การตัดสินใจ โดยวางแผน และเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยแสดงความรู้สึกเมื่อทำได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เรียนรู้กระบวนการกำกับตนเอง ใช้เวลา 6 ชั่วโมง โดยมีการสร้างสัมพันธภาพ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและด้านการออกกำลังกาย บรรยายความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จากนั้นแบ่งกลุ่ม ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยแสดงผลการคัดกรองโรคเบาหวานพร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ให้แต่ละคนสังเกตและวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของตน แสดงความรู้สึก ตั้งเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้นให้เล้าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย จากนั้นให้ทำสัญญากับตนเองว่าจะดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยเพื่อนในกลุ่มเป็นพยาน และให้ฝึกจดบันทึกการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ลงในแบบบันทึก

กิจกรรมที่ 2 ฝึกปฏิบัติด้วยกระบวนการกำกับตนเอง ใช้เวลา 13 วัน โดยให้แต่ละคนกลับไปสังเกตพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของตน พร้อมจดบันทึกในแบบบันทึก

กิจกรรมที่ 3 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยการกำกับตนเอง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยและกลุ่มทดลองสังเกตแบบบันทึก เพื่อประเมินผลการจดบันทึกการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พร้อมเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และให้แสดงความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยการกำกับตนเอง โดยให้ผู้ที่ทำได้สำเร็จตามเป้าหมายเล่าว่าทำอะไร และให้ผู้ที่ทำไม่ได้ตามเป้าหมายเล่าถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่สำเร็จ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมพูดคุย ให้กำลังใจ

ซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 4 เชื่อมบ้านติดตามประเมินผลการกำกับตนเอง ใช้เวลา 5 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน บ้านละ 2 ครั้ง ครั้งแรกปฏิบัติภายใน 3 สัปดาห์ ส่วนครั้งที่ 2 ปฏิบัติภายใน 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ ก่อนไปเยี่ยมบ้าน มีการโทรนัดวันเวลา และให้ส่งน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว เมื่อพบกลุ่มทดลองที่บ้าน ทำการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายจากแบบบันทึก โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน สำหรับผู้ที่ทำได้ตามเป้าหมาย ให้ญาติแสดงความรู้สึก ผู้วิจัยให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

1.2 คู่มือความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และสไลด์ประกอบการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรคเบาหวาน สาเหตุและโอกาสที่ทำให้เป็นโรคเบาหวาน ผลกระทบของโรคเบาหวาน เกณฑ์การวินิจฉัยประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

1.3 แบบบันทึกการกำกับตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบบันทึกเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนัก-ส่วนสูง (ดัชนีมวลกาย) และเส้นรอบเอว จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบ

เป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ประกอบด้วยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (การลดการรับประทานอาหารประเภทแป้ง อาหารที่มีไขมันสูง และผลไม้ที่มีรสหวาน) และการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์รวมจำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 17-51 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดี

2.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยปรับปรุงจากคู่มือสุขภาพสำหรับประชาชน ปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพคนไทย ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2555) ประกอบด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม และการออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมจำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อย และปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายดี

2.4 เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยใช้เครื่องตรวจหยู่อ ACCU-CHEK Performa จำนวน 1 เครื่อง สำหรับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วของกลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบเท่านั้น (หน่วยเป็น mg/dL) โดยมีการเปรียบเทียบเครื่องตรวจจากบริษัท เพื่อให้มีความแม่นยำ เท่าตรง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการกำกับตนเอง คู่มือความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบบันทึกการกำกับตนเอง แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล (3 คน) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และพยาบาล ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .82 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำโปรแกรมการกำกับตนเองไปทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานที่อาศัยในตำบลหนองปรือ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความชำนาญในการใช้โปรแกรม และนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายไปทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานที่อาศัยในตำบลหนองปรือ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .69 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 06-03-2560 วันที่ 10 เมษายน 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ

ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลใน ภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก สาธารณสุขอำเภอบางละมุง เข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยใหญ่ และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองปลาไหล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ช่วยใน การจัดกิจกรรม (เช่น ตรวจสอบแบบบันทึกว่า จดบันทึกข้อมูลครบหรือไม่ จดบันทึกระดับน้ำตาล ในเลือดลงในแบบบันทึก) และช่วยให้ข้อมูล ย้อนกลับแก่กลุ่มทดลองในเรื่องพฤติกรรม การบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ ระดับน้ำตาลในเลือด

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมของ เทศบาลตำบลห้วยใหญ่ แนะนำตัว และดำเนินการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที จากนั้นผู้วิจัย ดูข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดจากทะเบียนการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของตำบลห้วยใหญ่ และ จดบันทึกลงในแบบบันทึก

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มเปรียบเทียบที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาไหล แนะนำตัว และ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้

ตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที จากนั้นผู้วิจัย ดูข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดจากทะเบียนการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของตำบลหนองปลาไหล และ จดบันทึกลงในแบบบันทึก

5. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรม การกำกับตนเองให้แก่กลุ่มทดลอง ที่ห้องประชุม ของเทศบาลตำบลห้วยใหญ่ โดยในสัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมเรียนรู้กระบวนการกำกับตนเอง ในสัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติด้วยกระบวนการ กำกับตนเอง ในสัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยการกำกับตนเอง และ ในช่วงสัปดาห์ที่ 4-8 จัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านติดตาม ประเมินผลการกำกับตนเอง รวมเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยผู้ช่วยผู้วิจัยช่วยในการจัดกิจกรรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองปลาไหล โดยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ บริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกัน โรคเบาหวาน

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุม ของเทศบาลตำบลห้วยใหญ่ ให้ตอบแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการออกกำลังกาย หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที จากนั้นผู้วิจัย ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว และผู้ช่วย ผู้วิจัยจดบันทึกลงในแบบบันทึก

7. ผู้วิจัยพบกลุ่มเปรียบเทียบที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาไหล ให้ตอบ แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการออกกำลังกาย หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที

จากนั้นผู้วิจัยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว และผู้ช่วยผู้วิจัยจดบันทึกลงในแบบบันทึก

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2560 เมื่อสิ้นสุดระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรม เรียนรู้กระบวนการกำกับตนเองให้แก่กลุ่มเปรียบเทียบ พร้อมแจกคู่มือความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ independent *t*-test การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วย สถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.40 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.60 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.32 ปี ($SD = 4.49$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 85.70 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 89.30 มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 60.70 มีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 42.90 โดยมีรายได้เฉลี่ย 9,250 บาท/เดือน ($SD = 5,467.92$) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25-29.99 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.60 และส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวมากกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.40 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.60 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.32 ปี ($SD = 4.49$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.40 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 89.30 มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.90 ส่วนใหญ่ มีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 64.30 โดยมีรายได้เฉลี่ย 8,714.30 บาท/เดือน ($SD = 4,767.62$) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-22.99 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 42.90 และมีเส้นรอบเอวมากกว่าเกณฑ์ ปกติ คิดเป็นร้อยละ 53.60 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล ส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภค อาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับ น้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับ หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.863$, $p < .01$ และ $t = 6.483$, $p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.592$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การออกกำลังกาย และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อน กับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n = 28) หลังการทดลอง (n = 28)				t	p
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	35.80	3.63	37.90	2.67	2.863	.008
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	7.60	1.90	11.80	2.42	6.483	< .001
ระดับน้ำตาลในเลือด	111.70	5.72	102.50	5.72	4.592	< .001

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย

สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.500, p < .001$ และ $t = 6.645, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.791, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การออกกำลังกาย และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28)		t	p
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	37.90	2.67	34.40	3.13	4.500	< .001
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	11.80	2.42	7.50	2.49	6.645	< .001
ระดับน้ำตาลในเลือด	102.50	9.66	111.60	8.10	3.791	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การใช้โปรแกรมการกำกับตนเอง ตามแนวคิดของ Bandura (1986) ประกอบด้วย การสังเกตตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยมีการตั้งเป้าหมายที่สามารถทำได้ และการเตือนตนเอง ซึ่งกลุ่มทดลองได้มีการสังเกตตนเอง จากการที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ที่ได้จากการให้จัดบันทึกลงในแบบบันทึกการกำกับตนเองทุกวัน ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองได้สะท้อนพฤติกรรมของตน ได้เห็นพฤติกรรมของตน และได้นำมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ ทำให้ทราบจุดเด่น-จุดด้อยของตนเอง ส่งผลให้มีการประเมินตนเอง นำไปสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทั้งด้านดีและด้านไม่ดี เมื่อตนเองทำตามเป้าหมายได้ก็จะแสดงความรู้สึกดี และเมื่อทำตามเป้าหมายไม่ได้ก็จะแสดงความรู้สึกไม่ดี ทำให้ต้องการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Bandura, 1986) ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำตาลน้อยกว่า 6 ช้อนชา/วัน การหลีกเลี่ยงการดื่มความหวานในเครื่องดื่ม และเรื่องการออกกำลังกาย เล่นกีฬาเบาๆ หรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน เดินไปทำงาน (ไม่ทำให้รู้สึกเหนื่อย หรืออาจเหนื่อย

เล็กน้อย) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 60 นาที ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการกำกับตนเองที่ว่า บุคคลตั้งเป้าหมายไว้สำหรับตนเอง คิดหาวิธีการที่จะให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง และเป็นผู้ควบคุมกระบวนการด้วยตนเอง รวมทั้งได้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองที่ส่งผลให้ดีขึ้น จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เพราะต้องการมีสุขภาพดี ไม่ต้องการเป็นโรคเบาหวานในอนาคต ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกาญจน์ อยู่คง และคณะ (2558) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้กลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการกำกับตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tavakolizadeh et al. (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับการกำกับตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การใช้โปรแกรมการกำกับตนเองตามแนวคิดของ Bandura (1986) โดยเน้นพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดจะเริ่มสูงขึ้น ซึ่งเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเต็มที่ หรือเกิดจาก

การที่อินซูลินเริ่มทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ ทำให้น้ำตาลเข้าเซลล์กล้ามเนื้อไม่ได้ ดัชนีน้ำตาลในเลือดจึงสูงมากขึ้น เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งหากผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานมีพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารประเภทแป้ง อาหารไขมันสูง ผลไม้รสหวาน และหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ จะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (สารัช สุนทรโยธิน, 2556) ส่วนการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้เช่นกัน เนื่องจากในภาวะปกติ ร่างกายมีการใช้น้ำตาลของเซลล์กล้ามเนื้อผ่านทาง glucose transporter proteins ตัวหลักคือ glucose transporter 4 ซึ่งกระตุ้นโดยอินซูลิน และการบีบตัวของกล้ามเนื้อ เมื่อร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเต็มที่ หรืออินซูลินไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้น้ำตาลเข้าเซลล์กล้ามเนื้อไม่ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แต่หากผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานมีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อจะมีการบีบตัว อันเป็นการเพิ่มการเข้าเซลล์ของน้ำตาลโดยไม่ต้องอาศัยอินซูลิน ทำให้น้ำตาลเข้าเซลล์กล้ามเนื้อได้ดียิ่งขึ้น เป็นการช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (สารัช สุนทรโยธิน, 2556) เมื่อกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายดีขึ้น จึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และเมื่อได้เห็นระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วมีแนวโน้มลดลงจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายของตน ทำให้มีกำลังใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ยั่งยืนเพื่อที่จะไม่เป็นโรคเบาหวานในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของภักดิ์กริตติพิรัช และคณะ (2555) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

มากกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tavakolizadeh et al. (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมการกำกับตนเองไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน โดยอาจให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม เช่น ช่วยจดบันทึกพฤติกรรม ช่วยควบคุมเรื่องอาหาร เป็นเพื่อนในการออกกำลังกาย เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ อันเป็นการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด อย่างต่อเนื่อง เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเปลี่ยนจากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว เป็นการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ซึ่งมีความแน่นอนและแม่นยำมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *พฤติกรรมบริโภคอาหาร มั่น เค็ม*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/screen_risk.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=323a75335033c5976566d99f5ad53b33
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2555). *คู่มือสุขภาพสำหรับประชาชน ปรับพฤติกรรม เปลี่ยนสุขภาพคนไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- ชัชชาติ รัตนสาร. (2557). *การระบาดของโรคเบาหวาน และผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย*. สืบค้นจาก http://www.diabassoethai.org/sites/default/files/briefingbook_38.pdf
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนดีโอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ปัทมสร กิตติพิรัช, วรณิกา อัสวชัยสุวิกรม, และ สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2555). ผลของโปรแกรมกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายแกว่งแขนและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(4), 21-32.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สารัช สุนทรโยธิน. (2556). กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2. ใน สารัช สุนทรโยธิน, และปริญญ บุรณะทรัพย์จกร (บ.ก.), *ตำราโรคเบาหวาน* (น. 33-38). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2558). *ประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน*. สืบค้นจาก http://hdc2.cbo.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/screen_risk.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=323a75335033c5976566d99f5ad53b33
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2556). *แผนงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน และความดันโลหิตสูง)*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุกาญจน์ อยู่คง, มลินี สมภพเจริญ, ธราดล เก่งการพานิช, และทัศนีย์ ธีรวิกรกุล. (2558). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 17 เรื่องบทบาทของประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ* (น. 272-285), นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- สุธีพร แสงสุวรรณ, วรณิกา อัสวชัยสุวิกรม, และ พรณภา หอมสินธุ์. (2554). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(3), 54-64.

- Alberti, K. G. M. M., Zimmet, P., & Shaw, J. (2007). International Diabetes Federation: A consensus on type 2 diabetes prevention. *Diabetic Medicine*, 24(5), 451–463. doi:10.1111/j.1464-5491.2007.02157.x
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social of cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bock, G., Dalla Man, C., Campioni, M., Chittilapilly, E., Basu, R., Toffolo, G., ... & Rizza, R. (2006). Pathogenesis of pre-diabetes: Mechanisms of fasting and postprandial hyperglycemia in people with impaired fasting glucose and/or impaired glucose tolerance. *Diabetes*, 55(12), 3536–3549. doi:10.2337/db06-0319
- International Diabetes Federation. (2015). *IDF diabetes atlas 2015* (7th ed.). Retrieved from http://www.diabassothai.org/sites/default/files/idf_atlas_2015_uk_0.pdf
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Tavakolizadeh, J., Moghadas, M., & Ashraf, H. (2014). Effect of self-regulation training on management of type 2 diabetes. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(4), e13506. doi:10.5812/ircmj.13506
-

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท* The Effect of Supportive Group Psychotherapy on Self-care Behaviors among Schizophrenic Patients*

นรินทร์ สมปอง, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) ¹

Narin Sompong, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) ¹

ชนัดดา แนบเกษร, Ph.D. (Medical Science) ²

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing) ³

Chanudda Nabkasorn, Ph.D. (Medical Science) ²

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing) ³

Received: July 7, 2019 Revised: May 3, 2021 Accepted: May 5, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง แบบประเมินอาการทางจิต แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .95 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: sawensen57@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, independent *t*-test และ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ ประคับประคองไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชหรือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of supportive group psychotherapy on self-care behaviors among schizophrenic patients. The samples consisted of 20 schizophrenic patients who received medical services at Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province and were equally divided into the experimental group ($n = 10$) and the control group ($n = 10$). The research instruments included the supportive group psychotherapy, the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the personal information questionnaire, and the self-care behaviors scale with reliability as .95. The implementation and data collection were conducted from February to April, 2019. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, independent *t*-test, and two-way repeated measures ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni method.

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

statistically significant higher mean scores of self-care behaviors than that of the pre-test period ($p < .001$).

This research suggests that health care providers should apply the supportive group psychotherapy for promoting self-care behaviors of psychiatric patients and other patients with chronic disease in order to enhance their quality of life.

Keywords: Supportive group psychotherapy, Self-care behaviors, Schizophrenic patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวช โดยอัตราความชุกของโรคจิตเภททั่วโลกพบร้อยละ 0.30–0.70 ของประชากรทั้งหมด โดยพบในเพศชายและเพศหญิงพอๆ กัน (American Psychiatric Association [APA], 2000) ในประเทศไทยพบว่ามีความชุกของโรคจิตเภทร้อยละ 0.88 สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.10 : 1 ระยะที่พบอุบัติการณ์ของโรคคือ ช่วงอายุ 15–24 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) และมีรายงานการกลับเป็นซ้ำสูงสุดถึงร้อยละ 70 (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) โดยพบมากที่สุดในกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุ 25–60 ปี จากสถิติของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2557–2559 มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษา จำนวน 706 คน 680 คน และ 796 คน คิดเป็นร้อยละ 16.77, 17.87 และ 18.02 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, 2559) โดยพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุดเป็นอันดับ 1 และอัตราการป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การดำเนินของโรคส่วนใหญ่จะค่อยเป็นค่อยไปและไม่หายขาด โดยผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบ

ขึ้นอีก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) มีเพียงร้อยละ 25 ที่รักษาได้ผลดี ไม่ป่วยซ้ำ และร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการกำเริบหรือกลับป่วยซ้ำ (กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, 2559) ทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในปัจจุบัน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เริ่มตั้งใจกระทำด้วยตนเองอย่างจริงจัง และมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นนี้มี 3 ประการ (Orem, 2001) ได้แก่ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตในระยะต่างๆ และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

อย่างยิ่ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปและเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการรับประทานยา นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทยังมีความต้องการในเรื่องการสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ การจัดการอารมณ์ และการจัดการความเครียด ทั้งนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การศึกษา การใช้เวลาว่าง เป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถพ้นหายจากความเจ็บป่วยและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) โดยใช้ศักยภาพ ความสามารถของตนเอง และมีการพัฒนาที่ดีขึ้น ไม่เกิดอาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.59 (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาและกลับมาอยู่ที่บ้านมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 70 (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552) โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำหลายปัจจัย ที่สำคัญ คือ การขาดยา โดยผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลตนเอง คิดว่าตนหายแล้วจึงไม่ยอมรับประทานยาอีก และไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเกิดอาการข้างเคียงจากยาก่อนข้างมาก จึงทำให้เบื่อหน่าย ไม่ยอมรับประทานยา (ระพีพร แก้วคอนไทย, 2551) รวมทั้งการไม่สามารถระบุอาการเตือนก่อนอาการกำเริบของตนเองได้ ทำให้ไม่สามารถจัดการอาการเตือนที่เหมาะสมได้ (วยุฒิ ช่างมิ่ง, 2546) อีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท

กลับป่วยซ้ำได้มาก คือ การจัดการอารมณ์ตนเองไม่เหมาะสม โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 60 ต้องเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดในชีวิต (อุรา ทิพย์ประจักษ์, 2547) ไม่สามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้อย่างถูกต้อง มีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับป่วยซ้ำ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวคิดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองของ Yalom (1995) มีความเชื่อว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นสิ่งที่จะช่วยพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มได้ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เน้นหลักการ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้ (here and now)” ทำให้สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการประคับประคองจิตใจหรือความรู้สึกซึ่งกันและกัน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจึงช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนภายในจิตใจของตนเอง และเกิดความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของสมาชิกกลุ่ม (ชนัดดา แนนเกษร, 2560) จากการศึกษาของศศิธร บัวผัน (2559) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลและภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และการศึกษาของญภา ภัคจิตติพันธ์ (2558) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลลดลง และมีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ส่วนการศึกษาของเนตดา วงศ์ทองมานะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้น หากนำแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับเปลี่ยนความคิด การรับรู้ และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง นำไปสู่ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมต่อไป

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีความบกพร่องในด้านพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ ทำให้มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มมากขึ้น จึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองของ Yalom (1995) ในการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของตนเอง ลดอัตราการกำเริบหรือกลับป่วยซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นและอยู่ในชุมชนได้อย่างผาสุก โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

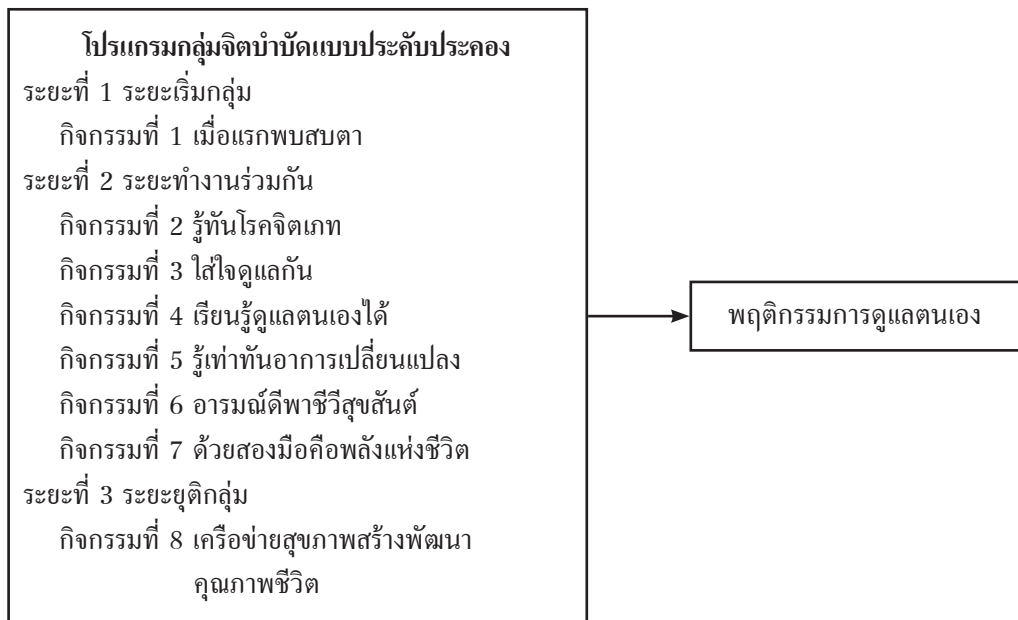
สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองของ Yalom (1995) ในการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มได้ โดยผู้วิจัยใช้หลักการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) สร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม 2) สร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม และ 3) ทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกระบวนการกลุ่ม ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มกลุ่ม (initiating phase) เพื่อสร้างสัมพันธภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ระยะทำงานร่วมกัน (working phase) เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ระบายความรู้สึกและแก้ไขปัญหา ร่วมกัน มองเห็นคุณค่าของกันและกัน และมีความตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกกลุ่ม เกิดความเข้าใจอันดีร่วมกัน เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดทักษะการคิดและการเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท และระยะยุติกลุ่ม (terminal phase) ทั้งนี้กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจะทำให้เกิดปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัย ซึ่งจะค่อยๆ เกิดขึ้นโดยปัจจัยบำบัดเป็นเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้เกิดกับสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้และเสริมสร้างพัฒนาการด้านจิตใจ (ชนัดดาเนนเกษร, 2560) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V ว่าเป็นโรคจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกรวม 3 ข้อ คือ 1) มีอายุ 20-60 ปี 2) มีอาการทางจิตระดับเล็กน้อย สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) 3) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล

เมืองปราจีนบุรี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีอาการกำเริบเฉียบพลันจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอดถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass (1976 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยธรรมากร, 2555) โดยใช้การศึกษาของวรรณษา จำปาศรี (2554) ได้ค่าเท่ากับ 1.73 (ค่ามากกว่า .80 ซึ่งเป็นอิทธิพลขนาดใหญ่) จึงใช้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 จากนั้นนำค่ามาเปิดตารางแบบการทดสอบทางเดียว (Burn & Grove, 2005 อ้างถึงในรัตนศิริ ทาโต, 2552) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม)

รวมจำนวน 20 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก หมายเลข กำหนดให้เลขคู่เป็นกลุ่มทดลองและเลขคี่ เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ผู้วิจัย สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Yalom (1995) ดำเนินการ 3 ระยะ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 กิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่ม มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เมื่อแรกพบสบตา ใช้เวลา 75-90 นาที เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างสมาชิกกลุ่ม สร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจกัน เกิดความร่วมมือ และเกิดแรงจูงใจร่วมกัน ในการทำกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน มี 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 รู้ทันโรคจิตเภท ใช้เวลา 75-90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยกิจกรรมมุ่งเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา ให้เกิดความตระหนักและเอาใจใส่ในพฤติกรรม การดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้

กิจกรรมที่ 3 ใส่ใจดูแลกัน ใช้เวลา 75-90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบายความในใจ ความคับข้องใจจากอาการป่วยของตน เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถแก้ไขปัญหามองด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมมุ่งเน้นการทบทวนตนเอง การสนใจในพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้ดูแลตนเองได้ ใช้เวลา 75-90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ในการดูแลตนเองตามความต้องการพื้นฐาน โดยกิจกรรมมุ่งเน้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากยา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การกระตุ้นและเสริมสร้างทักษะ การรับประทานยา

กิจกรรมที่ 5 รู้เท่าทันอาการเปลี่ยนแปลง ใช้เวลา 75-90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ สามารถจัดการอาการเตือนเบื้องต้น และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการกำเริบ โดยกิจกรรมมุ่งเน้นการเรียนรู้เท่าทันอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันอาการกำเริบ การเข้าใจสาเหตุหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการกำเริบ การฝึกทักษะการจัดการอาการเตือน การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น

กิจกรรมที่ 6 อารมณ์ดีพาชีวิต สุขสันต์ ใช้เวลา 75-90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสำรวจอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ปัญหาที่ทำให้เกิดอารมณ์ตามมา และเรียนรู้วิธีผ่อนคลายความเครียด โดยกิจกรรมมุ่งเน้นการประเมินระดับความเครียดและประสบการณ์ในการจัดการความเครียดผลของการจัดการความเครียด และให้เรียนรู้วิธีจัดการความเครียด เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการฝึกการหายใจ

กิจกรรมที่ 7 ด้วยสองมือคือพลังแห่งชีวิต ใช้เวลา 75-90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเสริมสร้างพลังการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กัน ให้กำลังใจกัน ให้เกิดความมั่นใจในศักยภาพของตน โดยกิจกรรมมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดพลังและมีกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ให้เล่าถึงการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองหลังการเข้ากลุ่ม กระตุ้นให้สร้างสัมพันธภาพที่ดีและมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เห็นคุณค่าในตน และรู้จักการปรับตัวในสังคม

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 8 เครือข่ายสุขภาพ สร้างพัฒนาคุณภาพชีวิต ใช้เวลา 75-90 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักเครือข่ายทางสังคมในการดูแลสุขภาพจิต การขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น และการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมที่เหมาะสม โดยกิจกรรมมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ และเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่สามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) ที่แปลจากแบบประเมินของ Overall and Gorham ปี ค.ศ. 1962 จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ แบ่งระดับความรุนแรงของอาการทางจิตออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ มีอาการทางจิตเล็กน้อยเป็นบางครั้ง (0-18 คะแนน) มีอาการทางจิตเล็กน้อย (19-36 คะแนน) มีอาการทางจิตปานกลาง (37-54 คะแนน) มีอาการทางจิตค่อนข้างสูง (55-72 คะแนน) มีอาการทางจิตรุนแรง (73-90 คะแนน) และมีอาการทางจิตรุนแรงมาก (91-108 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งรายได้หลัก บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และระยะเวลาที่ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

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

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยจิตแพทย์และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 05-12-2561 วันที่ 21 มกราคม 2562) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม

การวิจัย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (เอกสาร
รับรอง เลขที่ IRB-BHUBEJHR-116 วันที่ 7
กุมภาพันธ์ 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลอง
และเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจง
วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ
ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะ
ได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย
ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้**

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เข้าพบ
หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์
การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอน
การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย
ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับ
ปริญญาโท มีความรู้และประสบการณ์ในการทำ
กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง จำนวน 1 คน
ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและสังเกต
พฤติกรรมกลุ่ม โดยผู้ช่วยผู้วิจัยได้ทดลองฝึกการใช้
แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และฝึก
สังเกตพฤติกรรมกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย
พบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่คลินิกจิตเวช
แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
(ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วน
บุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 20-25
นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยดำเนินการ
ทดลองตามโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับ
ประคองให้แก่กลุ่มทดลอง ที่ห้องประชุมของ

โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ในวันอังคารและ
วันศุกร์ เวลา 14.00-15.30 น. โดยผู้ช่วยผู้วิจัย
สังเกตพฤติกรรมกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับ
การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำ
คลินิกจิตเวช ซึ่งประกอบด้วยการประเมินอาการผู้ป่วย
การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยา
อย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ
ที่ควรมาพบแพทย์ และการให้คำปรึกษารายบุคคล
ตามปัญหาของผู้ป่วย

5. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมที่คลินิกจิตเวช ให้ตอบแบบประเมิน
พฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลอง (post-test)
โดยใช้เวลา 15-20 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมที่คลินิกจิตเวช ให้ตอบแบบประเมิน
พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระยะติดตามผล 1 เดือน
(follow-up) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม
ข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน
2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล
วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบ
ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม
ควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ข้อมูล
พฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ
ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบ
พฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับ
กลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วย
สถิติ independent t-test ส่วนการเปรียบเทียบ
พฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับ
กลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะ
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล
1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated
measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่าง

รายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้หลักจากครอบครัวหรือญาติ คิดเป็นร้อยละ 60 อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือญาติ คิดเป็นร้อยละ 90 และมีระยะเวลาที่ป่วย 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี และ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 70 ไม่ได้ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน มีรายได้หลักจากตัวผู้ป่วยเอง

และครอบครัวหรือญาติ คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือญาติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และทั้งหมดมีระยะเวลาที่ป่วย 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 47.40 ($SD = 2.50$), 89.30 ($SD = 3.40$) และ 90.30 ($SD = 3.40$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 46.70 ($SD = 3.47$), 74 ($SD = 3.27$) และ 75 ($SD = 3.27$) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	10	47.40	2.50	.518	.610
กลุ่มควบคุม	10	46.70	3.47		

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน และระยะเวลาของการทดลองที่

แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .001$) และระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม
ผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ละระยะแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงใน
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1,632.82	1	1,632.82	91.08	< .001
ความคลาดเคลื่อน	322.70	18	17.93		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	16,436.80	2	8,218.40	1,222.57	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	710.53	2	355.27	52.85	< .001
ความคลาดเคลื่อน	242.00	36	6.72		

5. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนน
เฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ระยะ
ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และ
ระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การดูแลตนเอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่า

ระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
ระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนระยะหลัง
การทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า
ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาของการทดลอง	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน
ก่อนการทดลอง	47.40	-	41.90*	42.90*
หลังการทดลอง	89.30	-	-	1.00
ติดตามผล 1 เดือน	90.30	-	-	-

* $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงกว่า กลุ่มควบคุม และสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลตนเองผ่านกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม ในโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Yalom (1995) โดยเน้น ให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้และแก้ไขปัญหาร่วมกันไปในทางที่เหมาะสม เกิดการประคับประคองจิตใจและความรู้สึกซึ่งกัน และกัน โดยใช้กิจกรรมและกระบวนการกลุ่มช่วยให้ เกิดการเปลี่ยนแปลง และได้ร่วมกันแก้ไขปัญหาจาก สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในกลุ่ม ซึ่งช่วยเสริมสร้าง พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดย กระบวนการของกลุ่มจิตบำบัดจะทำให้เกิดปัจจัย บำบัด 11 ปัจจัย ได้แก่ การระบายและปลดปล่อย ความรู้สึก การประคับประคองจิตใจ การแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสาร มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เกิดความรู้สึกเป็นปึกแผ่น รู้สึกว่าได้ทำประโยชน์ มีการทบทวนและแก้ไขประสบการณ์เดิม มีการพัฒนา เทคนิคในการเข้าสังคม มีการเลียนแบบพฤติกรรม และเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล รู้สึกมีความหวัง และเรียนรู้สัจธรรมในชีวิต ซึ่งปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และ มีพัฒนาการด้านจิตใจ เกิดความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีการพัฒนาทักษะการคิดและการเรียนรู้ ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น และสามารถดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดี นอกจากนี้ การที่

ผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 8 กิจกรรม สามารถเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองไปสู่ เป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่มี ประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การดูแลตนเองในระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่า ระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของลดดา พลกะชา (2554) ที่พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วัยรุ่นชาย ที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองที่เข้าร่วม กลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของยาลอม มีคะแนน เฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแล ตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคล เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว จะมีการติดตาม ดูแลอย่างต่อเนื่อง เสมอมา เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (กุลธิดา พานิชกุล และ อดิพร สำราญบัว, 2556) ส่งผลให้ภายหลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และไม่มีแนวโน้มลดลง ซึ่งเป็น สิ่งที่แสดงให้เห็นว่า ในระยะเวลา 1 เดือนหลังสิ้นสุด กิจกรรม ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรม การดูแล ตนเองอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผล ความคงอยู่ของการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้อง กับการศึกษาของสุนทรีย์ โบราณ (2559) ที่พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตาม ผล 1 เดือน วัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีนกลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนใน การเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และคะแนนเฉลี่ย

ความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของลดดา พลคะชา (2554) ที่พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน วัยรุ่นชายที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของยาลอม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรมานำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 อาจารย์พยาบาลควรมานำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

2.2 ควรมีการศึกษาโดยใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. (2559). *รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปี 2559*. ปราจีนบุรี: ผู้แต่ง.

กุลธิดา พานิชกุล, และอดิพร สำราญบัว. (2556). การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 19(1), 66–76.

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. (2559). *รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปี 2559*. ปราจีนบุรี: ผู้แต่ง.

ชนิดดา แบนเกษร. (2560). *เอกสารประกอบการสอน รายวิชา 10650360: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ัญญา ภัคจิตติพันธ์. (2558). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อการดูแลและพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

เนตดา วงศ์ทองมานะ. (2551). *ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

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

- ปรีวัตร ไชยน้อย. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พันธุ์นาถ กิตติรัตนไพบูลย์. (2540). トラバプและโรคทางจิตเวช. วารสารสวนปรุง, 13(1), 17-33.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา: ลิขมบราเดอร์การพิมพ์.
- มยุรี กลับวงษ์. (2552). การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มานิช หล่อตระกูล, และปรโมทย์ สุทธิชัย. (บ.ก.). (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระพีพร แก้วคอนไทย. (2551). การสอนทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลดดา พลคะชา. (2554). ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของยาลอมต่อการเพิ่มคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นชายที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วยุณี ช้างมิ่ง. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรา จำปาศรี. (2554). ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับรองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิธร บัวผัน. (2559). ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับรองต่อการระการการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะแห่งการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินต์.
- สุนทรีย์ โบราณ. (2559). ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับรองต่อการรับรู้ความสามารถของตนและความตั้งใจในการเลิกเสพสารเสพติดในวัยรุ่นที่ติดสารอมเฟตามีน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุรา ทิพย์ประจักษ์. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่จำหน่ายจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพห้วยดินดำ โรงพยาบาลสวนปรุง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concept of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การติดนิโคติน และการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ*

Relationship between Physical Activity, Self-efficacy, Nicotine Dependence and Smoking Cessation among Buddhist Monks with Non-communicable Diseases*

วิวัฒน์ เหล่าชัย, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Wiwat Laochai, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

สุนิดา ปรีชาวงษ์, Ph.D. (Nursing) ²

Sunida Preechawong, Ph.D. (Nursing) ²

Received: November 4, 2019 Revised: April 17, 2021 Accepted: April 22, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการติดนิโคติน กับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 136 รูป เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบสอบถามสเกลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นฉบับภาษาไทย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

¹ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษา

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: sunida.p@chula.ac.th

มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบประเมินการติดยาโคติน มีค่าความเชื่อมั่น .70 และแบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ เก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมทางกาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .211, p < .05$ และ $r_s = .370, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนการติดยาโคตินมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.182, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการติดยาโคติน ในการออกแบบโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แก่พระสงฆ์ต่อไป

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การติดยาโคติน การเลิกบุหรี่ พระสงฆ์

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship between physical activity, self-efficacy, nicotine dependence and smoking cessation among Buddhist monks with non-communicable diseases. The participants were 136 Buddhist monks with non-communicable diseases receiving services at the medical out-patient department, Priest Hospital. The research instruments included the questionnaire of demographic and smoking behavior data, the Thai Version of Short Format International Physical Activity Questionnaire with reliability as .78, the questionnaire of self-efficacy with reliability as .93, the Fagerström Test for Nicotine Dependence with reliability as .70, and the interview form of smoking cessation. Data were collected from April to August, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that physical activity and self-efficacy were positively statistically significant related to smoking cessation among Buddhist monks with non-communicable diseases ($r_s = .211, p < .05$ and $r_s = .370, p < .001$, respectively). Nicotine dependence was negatively statistically significant related to smoking cessation among Buddhist monks with non-communicable diseases ($r_s = -.182, p < .05$).

This research suggests that health personnel should consider physical activity, self-efficacy, and nicotine dependence to further design programs to help Buddhist monks quit smoking.

Keywords: Physical activity, Self-efficacy, Nicotine dependence, Smoking cessation, Buddhist monks

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ อันได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจ (World Health Organization [WHO], 2017) ซึ่งยังเป็นประเด็นท้าทายสำคัญของการสาธารณสุขโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ปี พ.ศ. 2559 กลุ่มโรคไม่ติดต่อคร่าชีวิตผู้คนกว่า 41 ล้านคนทั่วโลก ที่สำคัญ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 13.20 โรคเบาหวาน ร้อยละ 8.90 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 5.60 และโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 2.90 (WHO, 2017) ในประเทศไทยพบว่า สถานการณ์การตายและความชุกของโรคไม่ติดต่อ 4 ชนิด (โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจ) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2553-2557 และเพิ่มขึ้นในกลุ่มชายมากกว่าหญิง (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2560)

พระสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรในประเทศไทยที่มีแนวโน้มของอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น ในการแถลงข่าวเรื่อง “การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไทย” ระบุว่า จากการตรวจคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์และสามเณรทั่วประเทศ จำนวน 122,680 รูป ในปี พ.ศ. 2559 พบพระสงฆ์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค คือ การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) สอดคล้องกับผลการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ต่างๆ ของไทย เช่น การศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของภิกษุ สามเณร แม้ชีรวมจำนวน 525 รูป พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.20 สูบบุหรี่ โดยเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นพระสงฆ์ (นุสรณ์ ภูชนะวนิชพงษ์, รุ่งโรจน์ พุ่มร่ำ, พูนรัตน์ สียติกุล, และวิหข เพชรเสียบ, 2557) สอดคล้องกับรายงานการดูแลสุขภาพตนเอง

ของพระสงฆ์ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 236 รูป ที่ระบุว่า ภาวะสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 50.42 โดยมีพระสงฆ์เพียงร้อยละ 36.80 ที่ไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ (พระสุกสะหวັນ นุดชะหมวน, 2559) และสอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดราชบุรีที่พบว่า ในพระสงฆ์ จำนวน 244 รูป มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 53.68 (ชนก จามพัฒน์, เกียรติกำจร กุศล, และจิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, 2562)

จากการที่กรมอนามัยมีมติประชุมของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพหน่วยงานต่างๆ ได้ให้ความสำคัญและดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรมอันเกี่ยวเนื่องกับการส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง เช่น โครงการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ อบรมพระอาสาสมัครสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) และจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ส่วนประเด็นการจัดการปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่นั้น ปัจจุบันมีการให้บริการบำบัดโรคติดบุหรี่อย่างกว้างขวาง เช่น คลินิกฟ้าใส ที่ให้การบำบัดทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา ปัจจุบันมีมากกว่า 500 แห่ง ทั่วประเทศ (Pitayarangsarit, Preechawong, Wongphan, & Rungruanghiranya, 2019) อีกทั้งยังมีศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ซึ่งให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลสงฆ์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ จึงได้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการคัดกรองการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ทุกรูปที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่พบว่า พระสงฆ์อาพาธจำนวนมากมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร่วมด้วย และมีการส่งต่อพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อทุกรูปเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ โดยติดตามผลทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน จากการประเมินผล

และติดตามการเลิกบุหรี่พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์ยังคงเดิม ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า กิจกรรมการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ยังคงกล่าวยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มพระสงฆ์ได้เท่าที่ควร และเกิดจากการติดนิโคติน (nicotine dependence) ของร่างกาย ทำให้การเลิกบุหรี่ยากมากขึ้น

พระสงฆ์เป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพุทธศาสนาแล้วนำมาสั่งสอนผู้อื่นให้รู้ตาม นับว่าเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสถาบันพระพุทธศาสนา และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจรรโลงศาสนาและจิตใจของประชาชนชาวไทย (พระธรรมกิตติวงศ์, 2548) โดยที่รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์ที่เหมาะสมนั้นต้องสอดคล้องกับพระธรรมวินัย ดังนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์จึงมีความสำคัญต่อการนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม/โครงการช่วยพระสงฆ์ให้เลิกบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2562 ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประชากรทั่วไป เช่น ผู้สูบบุหรี่ทั่วไป ที่ได้รับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (สุวิมล ไร่นาวี และคณะ, 2559) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ฉันทิยา การมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ชนิดา ราชวัณ, กุสุมา กุววัฒนสัมฤทธิ์, และอรสา พันธักดิ์, 2559) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เพศชาย (Jianvitayakij, Panpakdee, Malathum, Duffy, & Viwatwongkasem, 2014) ผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ (Abdullah, Driezen, Quah, Nargis, & Fong, 2015; Jampaklay, Richter, Tangchonlatip, & Nanthamongkolchai, 2018) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีการศึกษาในทุกกลุ่มประชากรที่กล่าวมาข้างต้น และเป็นปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่/พฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ในขณะเดียวกันมีรายงานว่า ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน และการติดนิโคติน มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ (ชนิดา รำขวัณ และคณะ, 2559; ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558; Myung et al., 2008)

การมีกิจกรรมทางกาย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยพบว่า ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายมากสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่า (Stolz et al., 2014) ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายยังมีความสัมพันธ์กับจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลดลง (Haug, Schaub, & Schmid, 2014) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยมีรายงานว่า พระสงฆ์มีกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกายค่อนข้างน้อย (พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรรัตน์ แดงหาญ, และสร้อยญา วักขวิช, 2558) อีกทั้งการอยู่ในเพศบรรพชิตจำเป็นต้องปฏิบัติตามหลักพระธรรมวินัยของพระสงฆ์ที่ต่างจากบุคคลทั่วไป (โรงพยาบาลสงฆ์, 2562)

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลพระสงฆ์อาพาธและเป็นพุทธศาสนิกชน จึงตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องสุขภาพของพระสงฆ์ องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อให้มี

ประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อในพระสงฆ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

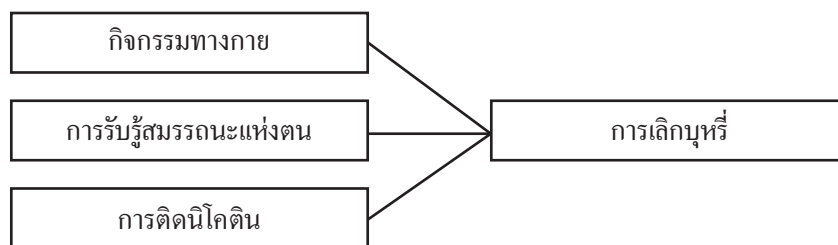
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการติดนิโคติน กับ การเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

สมมติฐานการวิจัย

1. กิจกรรมทางกาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ
2. การติดนิโคตินมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยปัจจัยที่เลือกมาศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสรีรวิทยา และจิตวิทยาสังคม คือ กิจกรรมทางกาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ คือ การติดนิโคติน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20–59 ปี 2) สบнуทุกวัน อย่างน้อย 1 มวน/วัน 3) เป็นโรคไม่ติดต่อที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเมเรีง 4) ได้รับการช่วยเหลือให้เลิกนุหรือจากคลินิกเลิกนุหรือ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้งานวิจัยของชนิดา รำขวัญ และคณะ (2559) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .37 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 123 รูป และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 136 รูป

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมการสูบนุหรือ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก ภาวะเจ็บป่วย จำนวนปีที่สูบนุหรือ จำนวนมวนนุหรือที่สูบต่อวัน และจำนวนครั้งที่เคยเลิกนุหรือในครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นฉบับภาษาไทย (Thai Version of Short Format International Physical Activity Questionnaire [Thai short IPAQ]) แปลโดยพรพิมล รัตนวิวัฒน์พงศ์, อารมย์ ชุนภายี, ฉกาจ ผ่องอักษร, และภัทราวุธ อินทรกำแหง (2549) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเดิน การมีกิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงปานกลาง และการมีกิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงมาก รวมจำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกายประเภทต่างๆ ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา นำคำตอบมาคิดคะแนนเป็นเวลาในการทำกิจกรรม หน่วยเป็นนาที แปลงข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายเป็นตัวแปรต่อเนื่องโดยวิธีการถ่วงน้ำหนักด้วยค่าปริมาณพลังงานที่ต้องใช้เมื่อเทียบกับอัตราการเผาผลาญในขณะพัก (resting metabolic rate) ที่เรียกว่า METs แล้วคูณด้วยจำนวนนาทีที่ทำกิจกรรม เพื่อให้ได้หน่วยเป็น MET-minutes แล้วทำการคำนวน MET-min/week ของกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง และหนัก ตามเกณฑ์ที่กำหนดของ Ainsworth et al. (2000) ดังนี้ 1) กิจกรรมทางกายระดับเบา หมายถึง กิจกรรมที่เกิดการเผาผลาญพลังงานในระดับต่ำ ซึ่งมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ และเผาผลาญพลังงานน้อยกว่า 600 MET-min/week 2) กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง หมายถึง กิจกรรมระดับปานกลางที่ปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน และอย่างน้อย 20 นาที/วัน เป็นเวลา 3 วันขึ้นไป/สัปดาห์ หรือมีกิจกรรมระดับปานกลางหรือการเดินติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที/วัน เป็นเวลา 5 วันขึ้นไป/สัปดาห์ และทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 600 MET-min/week ไม่เกิน 1,500 MET-min/week และ 3) กิจกรรมทางกายระดับหนัก หมายถึง

กิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นอย่างมากจนรู้สึกเหนื่อยหอบ ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 1,500 MET-min/week หรือมีกิจกรรมติดต่อกัน 7 วัน/สัปดาห์ สำหรับการคำนวณหาระดับกิจกรรมทางกายของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการคำนวณค่าระดับกิจกรรมทางกายสำเร็จรูปจาก IAPQ-AUTOMATIC Report ที่พัฒนาโดย IPAQ Research Committee (2005)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ของจิราภรณ์ นิยมกฤษ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ผู้วิจัยเลือกใช้ฉบับที่ปรับปรุงโดยวิชชุดา มากมาย, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และสุรศักดิ์ ตรีนัย (2562) จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่นั่นใจเลย มั่นใจเล็กน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ (1-48 คะแนน) ในระดับปานกลาง (49-63 คะแนน) และในระดับสูง (64-80 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินการติดนิโคติน ผู้วิจัยใช้ the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) ที่ปรับปรุงโดย Heatherton, Kozlowski, Frecker, and Fagerström (1991) และแปลเป็นภาษาไทยโดยกรองจิต วาทีสาธกกิจ (2552) จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ คะแนนรวม 10 คะแนน ทั้งนี้ เกณฑ์การแปลผลคะแนนของ FTND มีการแปลที่หลากหลาย ผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์การแปลผลโดย National Drug Research Institute (2011) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีการติดนิโคตินในระดับต่ำ (0-2 คะแนน) ในระดับต่ำแนวโน้มไปปานกลาง (3-4 คะแนน) ในระดับปานกลาง (5-7

คะแนน) และในระดับสูง (8-10 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 1 ข้อ คือ “หลังจากได้รับการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้สูบบุหรี่บ้างหรือไม่”

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยทั้ง 5 ชุด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์ อาจารย์ด้านการศึกษาศาสตร์ และอาจารย์พยาบาล (3 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินการติดนิโคติน เท่ากับ .97, .95 และ .92 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลสงฆ์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รูป หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .78, .93 และ .70 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ (เอกสารรับรอง เลขที่ IRB No 6/2562 วันที่ 29 เมษายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ

ได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ แบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินการตัดสินใจ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากได้รับการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ 3 เดือน ผู้วิจัยติดตามประเมินการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนสิงหาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และข้อมูลการเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลกิจกรรมทางกาย ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และข้อมูลการตัดสินใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการตัดสินใจกับการเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ พบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.60 มีจำนวนพรรษาอยู่ในช่วง 1-10 พรรษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีการศึกษาทางธรรมระดับธรรมชั้นเอกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.38 มีการศึกษาทางโลกระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.52 มีภาวะเจ็บป่วย คือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.50 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 61 สูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวน/วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.50 และจำนวนครั้งที่เคยเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ คือ 1-2 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.80

2. กิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการตัดสินใจของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ พบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ มีคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง ($M = 1,139.38$ MET-min/week, $SD = 588.24$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง ($M = 50.35$, $SD = 18.16$) และมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจในระดับปานกลาง ($M = 4.74$, $SD = 2.22$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการตัดสินใจของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ($n = 136$)

ตัวแปร	min	max	M	SD	ระดับ
กิจกรรมทางกาย	309	2,091	1,139.38	588.24	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	16	80	50.35	18.16	ปานกลาง
การตัดสินใจ	1	10	4.74	2.22	ปานกลาง

3. การเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ พบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อมีการเลิกบุหรี่ได้ตลอด 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 30.90 โดยส่วนใหญ่มีแรงจูงใจที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ คือ เพื่อสุขภาพของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 66 และใช้วิธีการหักดิบในการเลิกบุหรี่ คิดเป็น

ร้อยละ 75.50 ส่วนพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่มากกว่า 5 มวน/วัน คิดเป็นร้อยละ 63.20 โดยอุปสรรคที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่ได้ คือ ความเคยชินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.80 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ จำแนกตามคำตอบของการเลิกบุหรี่ (n = 136)

คำตอบของการเลิกบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ได้สูบบุหรี่ แม้แต่มวนเดียว	42	30.90
สูบบ้าง เพียง 1-2 ครั้ง (ไม่หมดมวน) /วัน	2	1.50
สูบบ้าง เพียง 1-5 มวน/วัน	6	4.40
สูบมากกว่า 5 มวน/วัน	86	63.20

4. ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการตัดสินใจกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ พบว่า กิจกรรมทางกาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r_s = .211, p < .05$ และ $r_s = .370, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.182, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการตัดสินใจกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ (n = 136)

ตัวแปร	การเลิกบุหรี่	
	r_s	p
กิจกรรมทางกาย	.211	.013
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.370	< .001
การตัดสินใจ	-.182	.034

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อนี้มีการเลิกบุหรี่ได้ตลอด 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 30.90 โดยงานวิจัยนี้นับเป็นเรื่องแรก ที่ศึกษาการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อและประเมินอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ที่ 3 เดือน ซึ่งพบว่าเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องที่ 6 เดือน ในกลุ่มผู้มารับบริการ ที่คลินิกฟ้าใส (Pitayarangsarit et al., 2019) ส่วนสาเหตุที่พระสงฆ์ส่วนใหญ่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้เป็น เพราะความเคยชินในการสูบบุหรี่ร่วมกับการติดนิโคติน ซึ่งเมื่อเลิกบุหรี่ ระดับนิโคตินในเลือดจะลดลง ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ขาดสมาธิ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2553)

ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ยิ่งพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อมีกิจกรรมทางกายระดับหนักขึ้น/มากขึ้น ยิ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Stolz et al. (2014) ที่พบว่า ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายหนักสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Haug et al. (2014) ที่พบว่า วิถีรันทันที่มีกิจกรรมทางกายมากขึ้นจะสามารถลดจำนวนมวนในการสูบบุหรี่ได้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ยิ่งพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในระดับสูงขึ้น ยิ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น สอดคล้อง

กับการศึกษาของ Khamrath, Yunibhand, and Preechawong (2017) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจากออกจากโรงพยาบาลที่สามารถเลิกบุหรี่ได้นั้น มีปัจจัยที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่มากขึ้นจะมีโอกาสในการเลิกบุหรี่ได้สูงขึ้นเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lindberg et al. (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังการติดตามเป็นเวลา 3 ปี พบความสัมพันธ์ของการติดนิโคตินในระดับต่ำกับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำจะมีโอกาสกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66) เป็นห่วงสุขภาพของตนเอง จึงเป็นแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ อีกทั้งในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่แล้ว ทำให้มีความมั่นใจในการเลิกบุหรี่มากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า การติดนิโคตินมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ยิ่งพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อมีการติดนิโคตินในระดับต่ำและระดับปานกลาง (ร้อยละ 92) ยิ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al. (2013) ที่พบว่า ระดับการติดนิโคตินที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในสหรัฐอเมริกา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Caponnetto and Polosa (2008) ที่พบว่า การติดนิโคตินมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในอังกฤษ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ โดยคำนึงถึงการเพิ่มกิจกรรมทางกายโดยไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย การเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ และหาวิธีการลดการติดนิโคติน เพื่อให้พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อดังกล่าวสามารถลด ละ เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการติดนิโคติน ต่อการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์ เพื่อความเหมาะสมของบริบทในพระสงฆ์

2.2 ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธ โดยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

เอกสารอ้างอิง

กรองจิต วาทีสาทกกิจ. (2552). *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาสุขภาพ.

จิราภรณ์ เนียมบุญชู, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม. *วารสารควบคุมยาสูบ*, 1(1), 2-13.

ชนก จามพัฒน์, เกียรติกำจร กุศล, และจิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในอำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 81-90.

ชนิดา รำขวัญ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, และอรสา พันธุ์กักดี. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 2-16.

ฉันทิยา คารมย์, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2558).

ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 42(1), 1-11.

นุสรณ์ ภูชนะวนิชพงษ์, รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, พูนรัตน์ ลียติกุล, และวิทชัย เพชรเลียบ. (2557).

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของพระภิกษุสามเณรแม่ชี และศิษย์วัด และผลของการจัดโปรแกรมพัฒนาวัดปลอดบุหรี่ จังหวัดนครราชสีมา (รายงานผลการวิจัย). นครราชสีมา: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล.

พรพิมล รัตนวิวัฒน์พงศ์, อารมย์ ชุนภาณี, ฉกาจ ผ่องอักษร, และภัทราวุธ อินทรกำแหง. (2549).

ความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นฉบับภาษาไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ*, 16(3), 147-160.

พระครูสุวิธานพัฒนบัณชิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ, และสรัญญา วักขขวิธิ. (2558). การพัฒนา

รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 22(2), 117-130.

พระธรรมกิตติวงศ์. (2548). *พจนานุกรมเพื่อการศึกษาพุทธศาสน์ ชุด คำวัด*. กรุงเทพฯ: เลียงเชียง.

พระสุกสะหวັນ บุคชะหมวน. (2559). *การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- โรงพยาบาลสงฆ์. (2562). *การอุปฐากพระสงฆ์ อาพาธภายใต้หลักพระธรรมวินัย*. กรุงเทพฯ: อารต์ ควอลิตี้.
- วิชชุดา มากมาย, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และสุรศักดิ์ ตรีชัย. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำหรับบิดา-มารดาเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด. *พยาบาลสาร*, 46(2), 59–69.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). *การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไทย*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17751>
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2553). *คู่มือการรักษาโรคติดบุหรี่*. สมุทรปราการ: สันทวิกิจ พรินติ้ง.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2560). สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553–2557). *วารสารควบคุมโรค*, 43(4), 379–390.
- สุวิมล ใจนาวิ, อรรณพ ช้องต่อ, สุนิดา ปรีชาวงษ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, นัยนา วงศ์สายดา, และจิรภิญญา คำรัตน์. (2559). ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ในผู้ใช้บริการเลิกบุหรี่ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 39(1), 37–47.
- Abdullah, A. S., Driezen, P., Quah, A. C. K., Nargis, N., & Fong, G. T. (2015). Predictors of smoking cessation behavior among Bangladeshi adults: Findings from ITC Bangladesh survey. *Tobacco Induced Diseases*, 13(1), 23. doi:10.1186/s12971-015-0050-y
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., ... & Jacobs, D. R. (2000). Compendium of physical activities: An update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(Suppl. 9), 498–504. doi:10.1097/00005768-200009001-00009
- Caponnetto, P., & Polosa, R. (2008). Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine*, 102(8), 1182–1192. doi:10.1016/j.rmed.2008.02.017
- Haug, S., Schaub, M. P., & Schmid, H. (2014). Predictors of adolescent smoking cessation and smoking reduction. *Patient Education and Counseling*, 95(3), 378–383. doi:10.1016/j.pec.2014.03.004
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119–1127. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x
- IPAQ Research Committee. (2005). *Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – short and long forms*. Retrieved from <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>

- Jampaklay, A., Richter, K., Tangchonlatip, K., & Nanthamongkolchai, S. (2018). The impact of parental absence on early childhood development in the context of Thailand. *Asian and Pacific Migration Journal*, 27(2), 209–230. doi:10.1177/0117196818767439
- Jianvitayakij, S., Panpakdee, O., Malathum, P., Duffy, S. A., & Viwatwongkasem, C. (2014). Factors influencing smoking cessation behavior among Thai male smokers with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(2), 100–110.
- Khamrath, J., Yunibhand, J., & Preechawong, S. (2017). Predicting factors of smoking cessation in acute coronary syndrome patients after hospital discharge. *Advances in Bioresearch*, 8(2), 115–121. doi:10.15515/abr.0976-4585.8.2.115121
- Lindberg, A., Niska, B., Stridsman, C., Eklund, B.-M., Eriksson, B., & Hedman, L. (2015). Low nicotine dependence and high self-efficacy can predict smoking cessation independent of the presence of chronic obstructive pulmonary disease: A three year follow up of a population-based study. *Tobacco Induced Diseases*, 13(1), 27. doi:10.1186/s12971-015-0055-6
- Myung, D., Waters, D., Wiseman, M., Duhamel, P.-E., Noolandi, J., Ta, C. N., & Frank, C. W. (2008). Progress in the development of interpenetrating polymer network hydrogels. *Polymers for Advanced Technologies*, 19(6), 647–657. doi:10.1002/pat.1134
- National Drug Research Institute. (2011). *The brief intervention training program: Fagerström Test for Nicotine Dependence*. Australia: Curtin University.
- Pitayarangsarit, S., Preechawong, S., Wongphan, T., & Rungruanghiranya, S. (2019). Health-related quality of life among people receiving smoking cessation services. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(3), 285–296.
- Stewart, D. W., Adams, C. E., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., Li, Y., Waters, A. J., ... & Vidrine, J. I. (2013). Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. *American Journal of Public Health*, 103(7), e43–e49. doi:10.2105/AJPH.2012.301062
- Stolz, D., Scherr, A., Seiffert, B., Kuster, M., Meyer, A., Fagerström, K.-O., & Tamm, M. (2014). Predictors of success for smoking cessation at the workplace: A longitudinal study. *Respiration; International Review of Thoracic Diseases*, 87(1), 18–25. doi:10.1159/000346646

World Health Organization. (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017*. Geneva: Author.

**ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจาก
โรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์
ที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาบตาพุด***
**Factors Affecting Behavior Related to Preventing Pollution
from Heavy Industry Factories among Pregnant Women
Living in Maptaphut Pollution Control Zone***

ปวีณา ทิวาสิริพงษ์, พย.ม. (การผดุงครรภ์) ¹

Paweena Tivasiripong, M.N.S. (Midwifery) ¹

วรรณทนา ศุภสีมานนท์, Ph.D. (Nursing) ² วรรณิ์ เดียวอิสเรศ, Ph.D. (Nursing) ³

Wantana Suppaseemanont, Ph.D. (Nursing) ² Wannee Deoisres, Ph.D. (Nursing) ³

Received: March 21, 2020 Revised: April 26, 2021 Accepted: April 30, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง จำนวน 130 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามการรับรู้

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

¹ มหำบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: suppasee@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก มีค่าความเชื่อมั่น .74 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก มีค่าความเชื่อมั่น .77 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก มีค่าความเชื่อมั่น .77 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาบตาพุด การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 31.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .317, p < .001$) โดยมีเพียง 3 ปัจจัย ที่เป็นตัวแปรทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษ ได้แก่ อาชีพพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ($Beta = .295, p < .01$) การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษ ($Beta = -.230, p < .01$) และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษ ($Beta = .198, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษจากอุตสาหกรรมหนัก เกี่ยวกับอาชีพ การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษ เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำที่เหมาะสม อันเป็นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก พฤติกรรมการป้องกันมลพิษ การตั้งครรภ์

Abstract

This predictive correlational research aimed to examine behavior related to preventing pollution from heavy industry factories and to investigate effects of associated factors on that behavior among pregnant women. The participants were 130 postpartum mothers at obstetrical-gynecological ward, Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn Memorial Hospital Siam Grand Palace, Rayong. The research instruments included the demographic questionnaire and record, the perceived susceptibility from pollution questionnaire with reliability as .78, the perceived barriers in preventing pollution questionnaire with reliability as .74, the knowledge about preventing pollution questionnaire with reliability as .77, and the behavior related to preventing pollution

questionnaire with reliability as .77. Data were collected from August to November, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and standard multiple regression analysis.

The research results revealed that occupations, duration of living in Maptaphut pollution control zone, perceived susceptibility from pollution, perceived barriers in preventing pollution, and knowledge about preventing pollution were statistically significant accounted for 31.70% of the variance in behavior related to preventing pollution ($R^2 = .317$, $p < .001$). However, only three factors statistically significant affected behavior related to preventing pollution. Those included having occupation as heavy industry workers ($Beta = .295$, $p < .01$), perceived barriers in preventing pollution ($Beta = -.230$, $p < .01$), and knowledge about preventing pollution ($Beta = .198$, $p < .05$).

This research suggests that prenatal care nurses should assess pregnant women who live in heavy industry control zone about their occupations, perceived barriers in preventing pollution, and knowledge about preventing pollution in order to use it as a guide for giving appropriate advice. This may encourage pregnant women to effectively behave in preventing pollution from heavy industry factories.

Keywords: Pollution from heavy industry factories, Behavior related to preventing pollution, Pregnancy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมไปทุกภูมิภาค โดยบริเวณพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกมีจังหวัดระยองเป็นศูนย์กลางของอุตสาหกรรมหนัก (แผนพัฒนาจังหวัดระยอง พ.ศ. 2561–2564, ม.ป.ป.; สำนักพัฒนาการจัดการอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม, 2560) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการเติบโตทางอุตสาหกรรมจะเป็นตัวบ่งชี้การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ แต่โรงงานอุตสาหกรรมหนักเหล่านี้ได้ปลดปล่อยมลพิษซึ่งเป็นกลุ่มสารประกอบอินทรีย์ระเหย (volatile organic compounds) สู่สิ่งแวดล้อม และเป็นอันตรายต่อ

สิ่งมีชีวิต (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2555) โดยเฉพาะต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารก ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ คือ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด (พงศ์เทพ วิวรรณเดช, ม.ป.ป.) แท้งบุตร (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2555) คลอดก่อนกำหนด (Lin et al., 2001) ผลกระทบต่อทารก คือ มีพัฒนาการของระบบต่างๆ ของร่างกายผิดปกติ ทำให้ประสาทหรือสมองผิดปกติ สายตาดูผิดปกติ ปอดทำงานไม่สมบูรณ์ ยับยั้งการสร้างเม็ดเลือดขาว เจริญเติบโตช้าในครรภ์ เสียชีวิตในครรภ์ อวัยวะผิดปกติ พิการแต่กำเนิด เนื้องอก (มหัทธนา กมลศิลป์, จุฑาทวี วุฒินวงศ์, จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์,

ชญากรณ์ สมบัติชัยศักดิ์, และทัศนีย์ พูลเวช, 2559; สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2555; Baiz et al., 2011; Lin et al., 2001; Ostrer, 2016) มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย มีภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นโรคหอบหืด ภูมิแพ้ ผิวหนังอักเสบ ปอดบวม น้ำระบบหายใจล้มเหลว ท้องเสีย มีระดับสติปัญญาต่ำ เป็นโรคเมเร็ง เป็นต้น (พงศเทพ วิวรรณเดช, ม.ป.ป.; Baiz et al., 2011) ซึ่งจากสถิติของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ที่ให้การดูแลผู้คลอดที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาพบตาพบ ในช่วงปี พ.ศ. 2556–2560 พบว่ามีจำนวนทารกพิการแต่กำเนิดเท่ากับ 73 ราย 63 ราย 115 ราย 159 ราย และ 232 ราย ตามลำดับ โดยจำนวนทารกพิการแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าภายในระยะเวลา 5 ปี

จากการที่โรงงานอุตสาหกรรมหนักปลดปล่อยมลพิษสารประกอบอินทรีย์ระเหยซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์จึงควรปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันหรือลดการสัมผัสสารมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถจัดกลุ่มพฤติกรรมป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันมลพิษทางอากาศ (กรมอนามัย, 2558; ชนธิป วัฒนภาเกษม, นิภา มหารัษฎพงศ์, และยุวดี รอดจากภัย, 2555; สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2560; สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, ม.ป.ป.; หทัยรัตน์ เมธนาวิณ, 2558; Wang et al., 2015) 2) พฤติกรรมการป้องกันมลพิษทางอาหารและน้ำดื่ม (กรมอนามัย, 2558; เกสรฯ ศรีพิชญ์การ, วายุรี ลำไผ่, และยุพิน เพียรมงคล, 2561; สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2560) 3) พฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย (กรมควบคุมมลพิษ

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2560; สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2560) และ 4) พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพ (กรมอนามัย, 2558; สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2555; สุดา พะเนียงทอง, สุรทิน มาลีหวล, และชาติวุฒิจาใจ, 2012) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่นั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Abraham and Sheeran (2015) พัฒนามาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดั้งเดิมของ Rosenstock (1974) และของ Becker, Maiman, Kirscht, Haefner, and Drachman (1977) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (action) ถูกหล่อหลอมจากลักษณะส่วนบุคคล (demographic characteristics) ลักษณะทางจิตสังคม (psychological characteristics) การรับรู้สิ่งที่คุกคามสุขภาพ (threat perception) การประเมินสิ่งที่จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (behavioral evaluation) การมีแรงจูงใจในการมีสุขภาพดี (health motivation) และการมีสิ่งชักนำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (cues to action) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาตัวแปรต้น ได้แก่ อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และศึกษาตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ตัวแปรเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันมลพิษ โดยผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน (กวิณทรา ปรีสังข์, 2558) ผู้ที่อาศัยในที่ที่มีมลพิษนานกว่า มีพฤติกรรมการป้องกันการได้รับมลพิษดีกว่า (ณภัทร พงษ์เทอดศักดิ์, พัชรา ก้อยชูสกุล, และพริภาณูวัฒน์ ชื่นวงศ์, 2558) พฤติกรรมการป้องกันการได้รับมลพิษมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพ (ชนาธิป วัฒนนภาเกษม และคณะ, 2555; ปวินตรา มานาคี, เกสรา ศรีพิชญากุล, และยุพิน เพ็ชรมงคล, 2561) และ การมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเอง (จิราภรณ์ หลาบคำ, จินตนา ศิริบุรณพิพัฒนา, และธนาพร ทองสิม, 2560; บัณฑิตย์ แดงเขียน, พิมพรรณ รัตนโกมล, อัสวเดช สละอวยพร, และมณฑาทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์, 2560; วันเพ็ญ มีชัยชนะ, เกสรา ศรีพิชญากุล, และยุพิน เพ็ชรมงคล, 2561) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง (ปวินตรา มานาคี และคณะ, 2561; พรรณิภา สืบสุข, อัจฉริยา พงษ์นุ่นกุล, และเพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2013)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารพิษที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกทั้งต่างประเทศและในประเทศ ต่างประเทศมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารที่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ (teratogen) ในสตรีตั้งครรภ์ (Koren, Bologa, Long, Feldman, & Shear, 1989; Lupattelli, Picinardi, Einarson, & Nordeng, 2014) ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมลพิษทางอากาศของสตรีตั้งครรภ์ในเขตควบคุม

มลพิษมาบตาพุด (ชนาธิป วัฒนนภาเกษม และคณะ, 2555) ซึ่งผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการป้องกันมลพิษสารประกอบอินทรีย์ระเหยจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักที่มลพิษปนเปื้อนทั้งอากาศ น้ำ อาหาร และสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านอาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาบตาพุด การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก ที่ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาบตาพุด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักอย่างเหมาะสม อันจะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาบตาพุด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านอาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาบตาพุด การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก ที่ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาบตาพุด

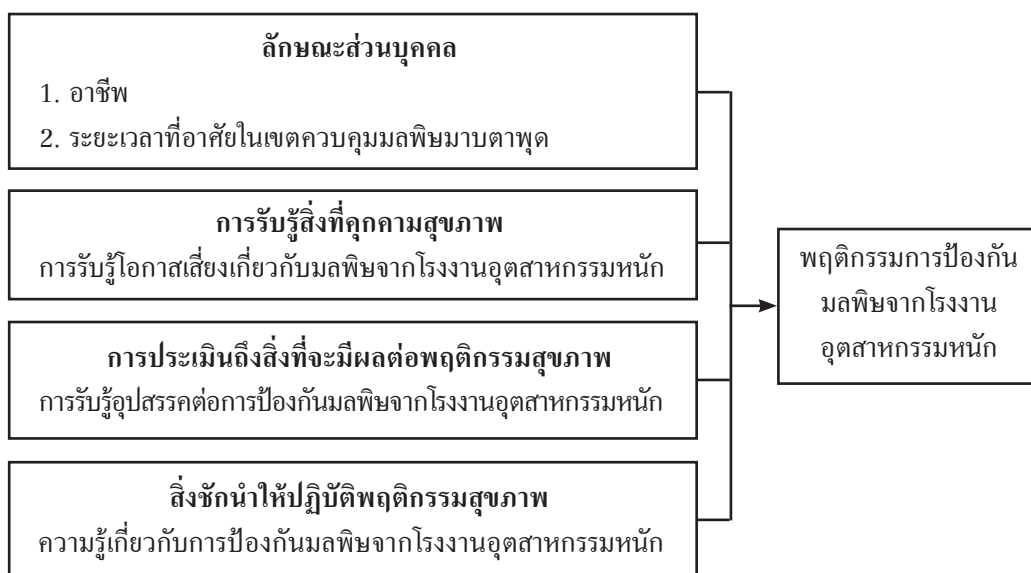
สมมติฐานการวิจัย

อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษ ฝนตก การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก ของหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษ ฝนตกได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพของ Abraham and Sheeran (2015) ซึ่งมีองค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคล 2) ลักษณะทางจิตสังคม 3) การรับรู้สิ่งที่คุกคามสุขภาพ 4) การประเมินถึงสิ่งที่จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 5) แรงจูงใจในการมีสุขภาพดี 6) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 7) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งตัวแปรต้นประกอบด้วย อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษ ส่วนตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันมลพิษ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) ที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาหลังคลอดที่ห่อผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม (แผนกมารดาหลังคลอด) โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีระยอง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อาศัยในตำบลมาตาพุด จังหวัดระยอง ตลอดระยะของการตั้งครรภ์ 2) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้คล่องทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.0.10 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางของสถิติการถดถอยพหุคูณ เท่ากับ .15 และจำนวนตัวแปรต้น 5 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 116 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2006) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ อายุ การศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาตาพุด การเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม ประวัติการสัมผัสมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักอายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีการคลอด และน้ำหนักทารก

แรกเกิด รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการได้รับสารพิษจำนวน 5 ข้อ และด้านการได้รับผลกระทบจากสารพิษจำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เสี่ยงเลย เสี่ยงเล็กน้อย เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงฯ มาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านค่าใช้จ่าย จำนวน 2 ข้อ ด้านเวลา จำนวน 3 ข้อ ด้านความไม่สะดวก จำนวน 2 ข้อ และด้านความคิดเห็น จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ว่าการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักเป็นอุปสรรคน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้ว่าการป้องกันฯ เป็นอุปสรรคมาก

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการป้องกัน/ลดมลพิษทางอากาศ จำนวน 3 ข้อ ด้านการป้องกัน/ลดมลพิษทางอาหารและน้ำดื่ม จำนวน 4 ข้อ

ด้านการป้องกัน/ลดมลพิษจากสิ่งแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย จำนวน 4 ข้อ และด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ หรือไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ไม่แน่ใจ หรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันฯ มาก

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการป้องกัน/ลดมลพิษทางอากาศ จำนวน 3 ข้อ ด้านการป้องกัน/ลดมลพิษทางอาหารและน้ำดื่ม จำนวน 4 ข้อ ด้านการป้องกัน/ลดมลพิษจากสิ่งแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย จำนวน 4 ข้อ และด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่าหลายระดับ ดังนี้ แบบมาตราประมาณค่า 2 ระดับ จำนวน 3 ข้อ จากคะแนน 1-2 คือ ไม่ได้ปฏิบัติ และปฏิบัติ แบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 5 ข้อ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง (มี 3 ข้อที่หากไม่เกิดเหตุการณ์นั้น ให้ 0 คะแนน หากเกิดเหตุการณ์นั้น ให้ 1-3 คะแนน) และแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 7 ข้อ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-49 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักอย่างไม่เหมาะสม และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันฯ อย่างเหมาะสม

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยพยาบาล อาชีวอนามัย อาจารย์ด้านอาชีวอนามัย (2 คน) และอาจารย์ด้านสาธารณสุข (3 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .85, .94, .85 และ .97 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษฯ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันมลพิษฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .78, .74 และ .77 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษฯ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .77

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 03-07-2562 วันที่ 13 สิงหาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่

คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลใน ภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ราชอง เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบ กลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมในวันที่ 2 หลังคลอด (กรณีคลอดทางช่องคลอด) หรือในวันที่ 3 หลังคลอด (กรณีผ่าตัดคลอด) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ผู้วิจัย บันทึกข้อมูลประวัติการสัมผัสมลพิษจากโรงงาน อุตสาหกรรมหนัก อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีการคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามทั้งหมด (ย้อนรำลึกถึงความคิดเห็น ขณะตั้งครรภ์) โดยใช้เวลา 20–30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือน พฤศจิกายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้โอกาส เสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก ข้อมูลการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษจาก โรงงานอุตสาหกรรมหนัก ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก และข้อมูลพฤติกรรม การป้องกันมลพิษจากโรงงาน อุตสาหกรรมหนัก วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มี ผลต่อพฤติกรรม การป้องกันมลพิษจากโรงงาน

อุตสาหกรรมหนัก วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน ที่กำหนดให้ อาชีพเป็นตัวแปรหุ่นที่มีกลุ่มอ้างอิง คือ อาชีพ ค้าขาย ส่วนตัวแปรอื่นได้ผ่านการทดสอบข้อตกลง เบื้องต้นทางสถิติ ทั้งการทดสอบตัวแปรรายตัวและ ตัวแปรทั้งกลุ่ม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีอายุต่ำสุด 13 ปี และสูงสุด 41 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 27.58 ปี ($SD = 6.32$) มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.60 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 89.20 มีสถานภาพสมรสคู่หรืออยู่กับสามี คิดเป็น ร้อยละ 90.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.10 รองลงมา คือ อาชีพค้าขาย และอาชีพพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม คิดเป็น ร้อยละ 23.80 และ 23.10 ตามลำดับ มีรายได้ ของครอบครัวต่ำสุด 4,000 บาท/เดือน และสูงสุด 70,000 บาท/เดือน โดยมีรายได้ของครอบครัว เฉลี่ย 22,330.77 บาท/เดือน ($SD = 13,231.620$) ระยะเวลาที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาพบตาพูด ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 26 ปี โดยมีระยะเวลาที่อาศัย เฉลี่ย 7.47 ปี ($SD = 6.91$) ไม่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกันมลพิษจากโรงงาน อุตสาหกรรมหนัก คิดเป็นร้อยละ 53.10 ทั้งหมด มีประวัติการสัมผัสมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม หนัก คิดเป็นร้อยละ 100 อายุครรภ์เมื่อคลอดต่ำสุด 30 สัปดาห์ และสูงสุด 41 สัปดาห์ โดยมีอายุครรภ์ เมื่อคลอดเฉลี่ย 38.24 สัปดาห์ ($SD = 1.53$) ส่วนใหญ่ คลอดเองทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 66.90 และน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำสุด 2,100 กรัม และ สูงสุด 4,860 กรัม โดยมีน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,029.94 กรัม ($SD = 426.25$)

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษฯ เท่ากับ 34.09 ($SD = 3.85$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษฯ เท่ากับ 13.06 ($SD = 3.08$) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษฯ เท่ากับ 13.48 ($SD = 1.76$)

3. พฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมลพิษฯ เท่ากับ 43.15 ($SD = 3.72$)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์

พบว่า อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษ มาบตาพุด การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก ร่วมกันอธิบายพฤติกรรม การป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักได้ ร้อยละ 31.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .317$, $p < .001$) โดยมีเพียง 3 ปัจจัย ที่เป็นตัวแปรทำนาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษฯ ได้แก่ อาชีพพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ($Beta = .295$, $p < .01$) การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษฯ ($Beta = -.230$, $p < .01$) และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษฯ ($Beta = .198$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์ ($n = 130$)

ตัวแปร	b	SE	Beta	t	p
อาชีพพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม	2.594	.887	.295	2.924	.004
อาชีพรับราชการ/พนักงานของรัฐ	2.762	2.385	.092	1.158	.249
อาชีพรับจ้างรายวัน	-.374	.874	-.039	-.427	.670
ไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้าน	-.203	.759	-.026	-.268	.790
ระยะเวลาที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาบตาพุด	.004	.004	.080	1.006	.316
การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษฯ	.060	.076	.062	.784	.434
การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษฯ	-.278	.105	-.230	-2.649	.009
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษฯ	.418	.181	.198	2.315	.022

Constant = 38.276, $R = .563$, $R^2 = .317$, adj $R^2 = .272$, $F = 7.010$, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักในระดับค่อนข้างสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดอาศัยในตำบลมาตาพุด โดยมีระยะเวลาที่อาศัยเฉลี่ย 7.47 ปี เกือบครึ่งหนึ่งเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก และเกือบหนึ่งในสี่มีอาชีพพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักรู้ถึงอันตรายของมลพิษที่ปะปนอยู่ในอากาศ อาหารและน้ำดื่ม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และเห็นความสำคัญของการป้องกันมลพิษฯ นำไปสู่การมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักในระดับค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาของบัวทิพย์ แดงเขียน และคณะ (2560) ที่พบว่า กลุ่มเกษตรกรทำไร่ ทำนา รับจ้างพ่นสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92) มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีที่เป็นอันตรายทุกครั้งที่ใช้สารเคมี

ผลการวิจัยพบว่า อาชีพพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ในขณะที่อาชีพรับราชการ/พนักงานของรัฐ รับจ้างรายวัน ค้าขาย หรือไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้าน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษฯ ซึ่งได้กำหนดให้ตัวแปรหุ่นของตัวแปรนี้ คือ อาชีพค้าขาย) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมได้ผ่านการอบรมจากโรงงานเกี่ยวกับการป้องกันมลพิษทั้งภาคทฤษฎี (ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม) และภาคปฏิบัติ (ได้ชมการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้

อุปกรณ์ป้องกันมลพิษ มีการซ้อมแผนอพยพกรณีมีมลพิษรั่วไหล และหน่วยงานมีการบูรณาการมาตรการป้องกันมลพิษเข้าไปในการทำงาน อีกทั้งยังมีมาตรการลงโทษหากไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันมลพิษขณะปฏิบัติงาน) ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักสูง ดังที่ Abraham and Sheeran (2015) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีสิ่งชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้นักคนมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ในที่นี้ พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมจำเป็นต้องสัมผัสมลพิษโดยตรงจากการทำงาน จึงต้องปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารมลพิษ เพื่อความปลอดภัยของสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของบัวทิพย์ แดงเขียน และคณะ (2560) ที่พบว่า กลุ่มเกษตรกรที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองดี

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักมีผลทางลบต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันมลพิษฯ ในระดับต่ำ จึงมีความสะดวกในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมลพิษฯ สอดคล้องกับแนวคิดของ Janz and Becker (1984) ที่กล่าวว่า หากบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่ใช่เรื่องยุ่งยาก จะทำให้นักคนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร สมบูรณ์, ทศนีย์ รวีวรกุล, ยุติ วิทยพันธ์, และศิปภา ภูมิรักษ์ (2561) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเองจากสารเคมีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีของ

เกษตรกรผู้ปลูกไม้ดอกไม้ประดับ

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์เกือบหนึ่งในสี่มีอาชีพพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่ได้รับความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเกือบครึ่งหนึ่งเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก และรับรู้ว่าคุณวิชามีความสำคัญและจำเป็นต่อสุขภาพของตนเอง จึงประยุกต์ความรู้นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษฯ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษฯ ดังที่ Green (1980) และ Janz and Becker (1984) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้บุคคลที่มีความรู้เฉพาะในเรื่องนั้นมีแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม และแสดงพฤติกรรมออกมาสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ มีชัยชนะ และคณะ (2561) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากสารเคมีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันความผิดปกติของทารกในครรภ์จากสิ่งแวดล้อมของสตรีตั้งครรภ์

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาบตาพุดไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อร่างกายมนุษย์รับมลพิษที่เป็นกลุ่มสารประกอบอินทรีย์เข้าสู่ร่างกาย จะต้องใช้ระยะเวลานานถึงจะมีอาการที่รุนแรง เช่น บิวทาไดเอิน (butadiene) คลอโรฟอร์ม (chloroform) ต้องใช้เวลาสะสมในร่างกายมากกว่า 10 ปี ถึงจะมีอาการแสดงที่รุนแรง เช่น อวัยวะทำงานผิดปกติ เป็นมะเร็ง หรือเสียชีวิต (สำนัก

อนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2555) แต่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาบตาพุดน้อยกว่า 10 ปี ครึ่งหนึ่งมีอายุน้อย สุขภาพร่างกายแข็งแรง และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อีกทั้งประมาณครึ่งหนึ่งไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกันมลพิษ ทั้งหมดนี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ยังไม่เห็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการได้รับสารมลพิษสะสมในร่างกายเป็นระยะเวลานานอย่างเป็นรูปธรรม จึงไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก ทำให้ระยะเวลาที่อาศัยในเขตควบคุมมลพิษมาบตาพุดไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษฯ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Fawcett (2009) ที่ว่า เมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์หนึ่งเป็นระยะเวลาหนึ่ง บุคคลจะเรียนรู้และปรับตัวเพื่อให้อยู่รอดในสถานการณ์นั้น ซึ่งบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์นั้นนานจะมีพฤติกรรมการดูแลหรือป้องกันตนเองได้ดีกว่าบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์นั้นสั้นกว่า แต่สอดคล้องกับการศึกษาของบัวทิพย์ แดงเขียน และคณะ (2560) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ใช้สารเคมีของกลุ่มเกษตรกรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษฯ สูง แต่ด้วยความที่จำเป็นจะต้องอาศัยในเขตควบคุมมลพิษ อาจไม่สามารถระมัดระวังการสัมผัสสารมลพิษได้ตลอดเวลา จึงปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมลพิษเท่าที่จะทำได้ เป็นผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับมลพิษฯ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน

มลพิษฯ ซึ่งไม่สอดคล้องกับที่ Rosenstock (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ความเสี่ยงแตกต่างกันจะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่แตกต่างกัน และ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร สมบูรณ์ และคณะ (2561) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการป้องกันตนเองจากสารเคมีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีของเกษตรกรผู้ปลูกไม้ดอกไม้ประดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตอุตสาหกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนการรับรู้และความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักในระดับที่แตกต่างกัน เช่น หากดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม พยาบาลควรเน้นย้ำโดยให้ข้อมูลซ้ำเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมลพิษอยู่แล้ว ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพอื่น พยาบาลควรให้ข้อมูลให้เกิดความตระหนักว่ามลพิษจากโรงงานกระจายอยู่ทุกแห่ง และแนะนำให้เห็นถึงความสำคัญและวิธีการป้องกันมลพิษ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัย

ครั้งนี้ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบไปข้างหน้า (prospective) เพื่อแก้ปัญหาเรื่องความคลาดเคลื่อนจากความจำ

2.2 ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการสัมผัสมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักขณะตั้งครรภ์ต่อสุขภาพของมารดาและทารก

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2560). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2559. สืบค้นจาก http://www.pcd.go.th/public/Publications/print_report.cfm
- กรมอนามัย. (2558). เอกสารประกอบการดำเนินงานได้ตอบภาวะฉุกเฉินด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเรื่องมลพิษและผลกระทบต่อสุขภาพ. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กวีนิษฐา ปรีสังข์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลบางนา 5 จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารร่วมพัฒนาศาสตร์มหาวิทยาลัยเกริก, 33(3), 116–136.
- เกสรฯ ศรีพิชญ์, วาสุรี ลำโป, และยุพิน เพียรมงคล. (2561). พฤติกรรมการเตรียมอาหารปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 8(3), 125–131.
- จิราภรณ์ หลาบคำ, จินตนา ศิริบุรณ์พิพัฒนา, และธนาพร ทองลิ้ม. (2560). พฤติกรรมการป้องกันฝุ่นหินของพนักงานโรงโม่หินในอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 19(1), 71–83.

- ชนาธิป วัฒนภาเกษม, นิภา มหารัษฎพงศ์, และชวดี รอดจากภัย. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสมลพิษทางอากาศของหญิงมีครรภ์ในเขตควบคุมมลพิษมาตาปุด จังหวัดระยอง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ฉบับพิเศษ: การประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษา เครือข่ายสถาบันการศึกษาสาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 2*, 57–67.
- ฉันทพร พงษ์เทอดศักดิ์, พัชรา ก้อยชูสกุล, และพิรณัฐฉัตรฉันทวงศ์. (2558). ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในภาวะหมอกควันของประชาชน ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลจันทน์ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*, 8(17), 140–147.
- บัวทิพย์ แดงเขียน, พิมพ์พรณ รัตนโกมล, อัสวเดช สละอวยพร, และมณฑาทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จังหวัดชัยนาท. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(4), 107–122.
- ปวิตร มาณาดิ, เกสรา ศรีพิชญากุล, และยุพิน เพียรมงคล. (2561). การรับรู้ความเสี่ยงการรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 176–184.
- แผนพัฒนาจังหวัดระยอง พ.ศ. 2561–2564. (ม.ป.ป.). สืบค้นจาก http://www.123.242.173.8/v2/index.php?option=com_content&view=article&id=1178:2016-09-28-14-37-14&catid=141
- พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ. (ม.ป.ป.). *สารอินทรีย์ระเหย*. สืบค้นจาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/25.pdf>
- พรรณิภา สืบสุข, อัจฉริยา พงษ์นุ่มกุล, และเพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. (2013). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคปอดจากสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพขี้นมเต๋อไรซ์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร. *Journal of Nursing Science*, 31(1), 48–58.
- มหัทธนา กมลศิลป์, จุฑาวดี วุฒิวงศ์, จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์, ชฎาภรณ์ สมบัติชัยศักดิ์, และทัศนีย์ พูลเวช. (2559). การหาความชุกของความพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ในพื้นที่เขตนิคมอุตสาหกรรมมาตาปุด ปี พ.ศ. 2556. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 69(4), 167–176.
- วันเพ็ญ มีชัยชนะ, เกสรา ศรีพิชญากุล, และยุพิน เพียรมงคล. (2561). ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันความผิดปกติแต่กำเนิดจากสิ่งแวดล้อมของสตรีตั้งครรภ์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 32–46.
- ศิริพร สมบูรณ์, ทัศนีย์ รวิวรกุล, ชวดี วิทย์พันธ์, และศิปภา ภูมิราษฎร์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกไม้ดอกไม้ประดับ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 25(3), 1–13.
- สำนักพัฒนาการจัดการอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม. (2560). *อุตสาหกรรมไทย*. สืบค้นจาก <http://info.dip.go.th>

- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2555). *คู่มือวิชาการ เรื่อง สารอินทรีย์ระเหยง่ายในบรรยากาศ (Volatile organic compounds: VOCs)*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2560). *คู่มือการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน สำหรับประชาชน*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). *คำแนะนำการเลือกใช้หน้ากากปกป้องระบบหายใจในสถานการณ์หมอกควัน*. สืบค้นจาก <http://www.envoc.ddc.moph.go.th/uploads>
- สุดา พะเนียงทอง, สุรทิน มาลีหวล, และชาติวุฒิจำจด. (2012). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ในเขตควบคุมมลพิษจังหวัดระยอง. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 19(2), 46–54.
- หทัยรัตน์ เมธนาวิณ. (2558). *ผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทรัพยากรต่อความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การป้องกันการสัมผัสฝุ่นละออง และระดับตะกั่ว ในเลือดของพนักงานโรงงานแบตเตอรี่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Abraham, C., & Sheeran, P. (2015). The health belief model. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting and changing health behavior: Research and practice with social cognitive models* (pp. 30–69). Maidenhead, UK: Open University. Retrieved from http://www.researchgate.net/publication/290193215_The_Health_Belief_Model
- Baiz, N., Slama, R., Bene, M.-C., Charles, M.-A., Kolopp-Sarda, M.-N., Magnan, A., ... Annesi-Maesano, I. (2011). Maternal exposure to air pollution before and during pregnancy related to changes in newborn's cord blood lymphocyte subpopulations. *The Eden study cohort. BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 87. doi:10.1186/1471-2393-11-87
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), 348–366.
- Fawcett, J. (2009). Using the Roy adaptation model to guide research and/or practice: Construction of conceptual-theoretical-empirical system of knowledge. *Aquichan*, 9(3), 297–306.
- Green, L.W. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. California: Mayfield.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47. doi:10.1177/109019818401100101

- Koren, G., Bologa, M., Long, D., Feldman, Y., & Shear, N. H. (1989). Perception of teratogenic risk by pregnant women exposed to drugs and chemicals during the first trimester. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 160(5), 1190–1194. doi:10.1016/0002-9378(89)90186-5
- Lin, M. C., Chiu, H. F., Yu, H. S., Tsai, S. S., Cheng, B. H., Wu, T. N., ... Yang, C. Y. (2001). Increased risk of preterm delivery in areas with air pollution from a petroleum refinery plant in Taiwan. *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 64(8), 637–644. doi:10.1080/152873901753246232
- Lupattelli, A., Picinardi, M., Einarson, A., & Nordeng, H. (2014). Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 171–178. doi:10.1016/j.pec.2014.04.014
- Ostrer, H. (2016). *Genetic and environmental causes of birth defect*. Retrieved from <http://www.uptodate.com/contents/genetic-and-environmental-causes-of-birth-defects>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what, s being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489–497. doi:10.1002/nur.20147
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
- Wang, R., Yang, Y., Chen, R., Kan, H., Wu, J., Wang, K., ... Lu, Y. (2015). Knowledge, attitudes, and practices (KAP) of the relationship between air pollution and children's respiratory health in Shanghai, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(2), 1834–1848.

การพัฒนารูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม ของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

The Development of Health Status Assessment Based on the Cultural Model for Transcultural Clients

ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, กศ.ด. (การศึกษาผู้ใหญ่)¹

Laddawan Puttaruksa, Ed.D. (Adult Education)¹

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

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

Received: January 3, 2021 Revised: May 22, 2021 Accepted: May 25, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อศึกษาองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบย่อยของรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา/ด้านการวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม รวมจำนวน 18 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิด แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 1) และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบ ได้แก่ รอบที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ใช้เวลา 71 วัน รอบที่ 2 การสอบถามผู้เชี่ยวชาญ ใช้เวลา 55 วัน และรอบที่ 3 การสอบถามผู้เชี่ยวชาญ ใช้เวลา 30 วัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติมีฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

^{1,2} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

^{1,2} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: laddawanp2550@gmail.com

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก 19 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ องค์ประกอบด้านปัจจัยส่วนบุคคล มี 6 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต มี 5 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ มี 5 องค์ประกอบย่อย และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มี 3 องค์ประกอบย่อย ซึ่งทุกองค์ประกอบย่อยมีความสำคัญต่อการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมระดับมากถึงมากที่สุด

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลวิชาชีพควรนำรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมไปใช้ เพื่อให้สามารถประเมินผู้รับบริการได้อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจะส่งผลให้การบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม ผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

Abstract

This descriptive research using the Delphi technique aimed to study the key components and sub-elements of health status assessment based on the cultural model for transcultural clients. The Delphi technique was utilized with 18 experts comprising nursing administration specialists, institutional education specialists in higher education or research in transcultural nursing, and transcultural nursing practice specialists. The research instruments included the semi-structured open-ended interview form with open-ended questions and the first and second edition opinion questionnaires on health status assessment based on the cultural model for transcultural clients. Data collection was performed three rounds: 1) expert interview (71 days), 2) expert inquiry (55 days), and 3) expert inquiry (30 days). Data were analyzed by means of content analysis, median statistics, and interquartile range.

The research results revealed that health status assessment based on the cultural model for transcultural clients consisted of four key components and nineteen sub-elements. The first component was personal's factors containing six sub-elements. The lifestyle behavior was the second one containing five sub-elements. Another one was health care which included five sub-elements. The last was the environment component with three sub-elements. All sub-elements are important to the greatest extent possible in assessing the transcultural health status of the clients.

This research suggests that registered nurses should adopt the health status assessment based on the cultural model for transcultural clients in order to be able to provide the holistic assessment to the service clients which will result in more efficient nursing services.

Keywords: Health status assessment based on cultural model, Transcultural clients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงในยุคไทยแลนด์ 4.0 เป็นยุคที่มีการเคลื่อนย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติเพิ่มมากขึ้น และมีความหลากหลายทางเชื้อชาติวัฒนธรรม ส่งผลให้สังคมเข้าสู่สังคมพหุวัฒนธรรม (ชลธิชา แก้วอนุชิต, ขวัญศิริ ทองพูน, และอัมมมณฑา ไชยกาญจน์, 2557) จากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2561 พบว่ามีจำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติเข้ามารับบริการในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 2.48 ของจำนวนผู้รับบริการทั้งประเทศ 61.64 ล้านคน/ปี เป็นร้อยละ 6.84 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทำให้เกิดมุมมองที่ท้าทายใหม่ของการพยาบาลในปัจจุบัน โดยให้ความสำคัญในการนำข้อมูลของผู้รับบริการในด้านสังคมและวัฒนธรรมมาเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม โดยมุ่งหวังให้สอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่และความต้องการทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ส่งผลต่อการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พัชรินทร์ สิริสุนทร, 2559)

การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้รับบริการจะต้องดำเนินการตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน โดยกระบวนการแรก คือ การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง เป็นการรวบรวมข้อมูล

เกี่ยวกับสถานะของโรค ความต้องการการดูแลของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2017) และจากการวิเคราะห์การประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในระดับสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลและระดับปฏิบัติการในสถานพยาบาล นิยมใช้แบบประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern) ได้ข้อมูลโดยการซักประวัติ การสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ ซึ่งรายละเอียดในแบบประเมินประกอบด้วยอาการ อาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ โดยพิจารณาจากพฤติกรรมของผู้รับบริการ เช่น การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร การขับถ่าย (อรนนท์ หาญยุทธ, 2557) โดยข้อมูลดังกล่าวยังมีการเชื่อมโยงมิติด้านสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการสู่การดูแลภาวะสุขภาพของผู้รับบริการน้อยมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่ง Leininger and McFarland (2002) กล่าวว่า อาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางวัฒนธรรม นั่นคือ อาการ อาการแสดงของโรคที่ผู้รับบริการเป็นอยู่

ส่วนหนึ่งมาจากวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้รับบริการอาจมีการให้ความหมายและมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน หรือให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นแตกต่างกัน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปแตกต่างกันด้วย (ปราณีต ส่องวัฒนา, 2557) ทั้งนี้มีนักวิจัยหลายคนที่น่าแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมาบูรณาการสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล เช่น Giger and Davidhizar (2008) ได้ศึกษาการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านการสื่อสาร มิติด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว มิติด้านองค์กรทางสังคม มิติด้านเวลา มิติด้านการควบคุมด้วยสิ่งแวดล้อม และมิติด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ส่วน Fujiwara (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ โดยกระตุ้นให้พยาบาลทำความเข้าใจและเข้าถึงพื้นที่ส่วนตัว การสื่อสาร และเข้าใจสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ส่งผลให้การปฏิบัติครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการแบบเป็นองค์รวมมากขึ้น นอกจากนี้ Moorhead, Johnson, Maas, and Swanson (2013) ยังได้เสนอแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการองค์รวมของผู้ป่วย ด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ด้านความพึงพอใจในการบริการ และด้านความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาของสุดศิริ หิรัญขุนหะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ประณีต ส่องวัฒนา, และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2550) และการศึกษาของ วรินทุ วิบูลย์พันธ์ (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีสมรรถนะที่สำคัญ 7 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะ

ด้านการรับรู้ความต่างทางวัฒนธรรม สมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสาร สมรรถนะด้านการคิดริเริ่ม นวัตกรรม การให้บริการ สมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยง สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ สมรรถนะด้านกระบวนการพยาบาล และสมรรถนะด้านจริยธรรม นอกจากนี้ จากการศึกษาของถัดดาวัลย์ พุทธรักษา, อาริรัตน์ จำอยู่, และ จินห์จุฬา ชัยเสนา ดาลาส (2560) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเกณฑ์และมาตรฐานบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม พบว่ามี 3 มาตรฐาน 17 องค์ประกอบ ได้แก่ มาตรฐานเชิงโครงสร้าง 6 องค์ประกอบ มาตรฐานเชิงพฤติกรรม 8 องค์ประกอบ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 3 องค์ประกอบ รวมทั้งการศึกษาของ ชฎารัตน์ ครุตสุทธิพิพัฒน์ และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2560) ที่ศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม พบว่ามี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ด้านความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี และด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพต้องทำความเข้าใจ รับรู้ และพัฒนาสมรรถนะของตนเองในการเข้าถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และวัฒนธรรมด้านสุขภาพ เพื่อส่งผลดีต่อคุณภาพการพยาบาล ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ลดความเสี่ยงด้านการสื่อสาร อันเกิดจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกันตามความเชื่อ และวัฒนธรรมระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ซึ่งช่องทางในการรับรู้และการทำความเข้าใจวัฒนธรรมของผู้รับบริการมาจากการประเมินภาวะสุขภาพ โดยการพูดคุย ชักถามประวัติการเจ็บป่วย ซึ่งในปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพนิยมใช้กรอบแนวคิดความต้องการพื้นฐานของบุคคลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นกรอบหลักเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน

4 ประการ ได้แก่ 1) ประเมินครอบคลุมเบ็ดเสร็จด้านร่างกายและจิตใจที่สอดคล้องกับอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล 2) ประเมินเน้นเฉพาะอาการ 3) ประเมินเพื่อติดตามการรักษา และ 4) ประเมินเพื่อคัดกรองสุขภาพ ซึ่งพบว่าการนำข้อมูลด้านวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้รับบริการมาเชื่อมโยงเพื่อวางแผนการพยาบาลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ศาสนา และแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเท่านั้น แต่ยังไม่พบการนำข้อมูลด้านวัฒนธรรมสุขภาพของผู้รับบริการมาเชื่อมโยงในการวางแผนการพยาบาลเป็นรายบุคคล (Weber, 2014) ส่งผลให้ความเข้าใจและการรับรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและพยาบาลวิชาชีพไม่ตรงกัน

จากข้อมูลข้างต้น ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม โดยการนำองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ตามแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมของ Giger and Davidhizar (2008) ซึ่งเป็นนักวิจัยทางการพยาบาลที่สามารถบูรณาการแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland (2002) เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินพฤติกรรมทางวัฒนธรรมสุขภาพของผู้รับบริการและเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุม อันเป็นการกระตุ้นและสร้างความตระหนักรู้กับบุคลากรทางสาธารณสุขให้เห็นความสำคัญของการนำข้อมูลทางวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้รับบริการมาใช้เป็นข้อมูลอีกส่วนหนึ่งในการวางแผนและให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้

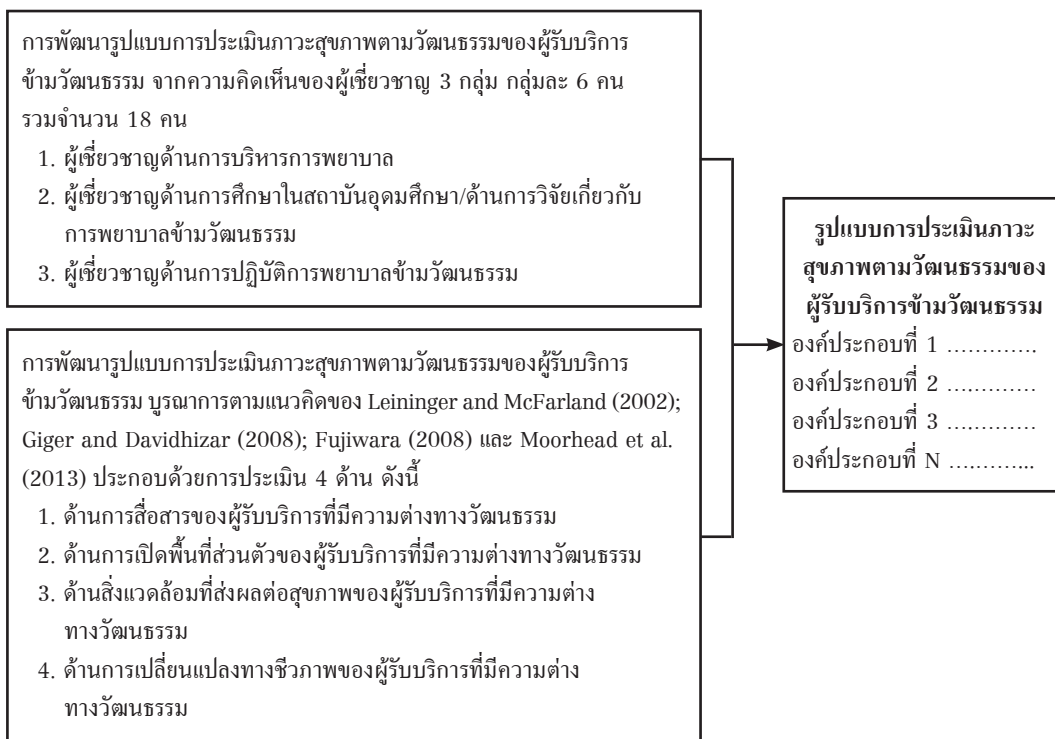
เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) รวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและพิจารณาความเหมาะสมจนกว่าจะได้ฉันทามติเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมต่อไป โดยผู้วิจัยคาดหวังว่า ผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ส่งผลให้การพยาบาลครอบคลุมองค์รวมของผู้รับบริการและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและพิจารณาความเหมาะสมจนกว่าจะได้ฉันทามติ เนื่องจากการรวบรวมความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับองค์ความรู้ใหม่ เป็นการสืบค้นคำถามที่มีหลายมิติ เป็นองค์ความรู้เชิงลึกเฉพาะกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Liamputtong, 2009) และผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland (2002) แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมของ Giger and Davidhizar (2008) แนวคิดการส่งเสริมการปฏิบัติพยาบาลสู่ความเป็นเลิศของ Fujiwara (2008) และแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ Moorhead et al. (2013) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา/ด้านการวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับ

ปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการประเมินภาวะสุขภาพ และกลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมอย่างน้อย 5 ปี และ/หรือ มีผลงานวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมปรากฏในช่วง 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2556–2560) กำหนดขนาดผู้เชี่ยวชาญระหว่าง 17–21 คน ซึ่งจะทำให้อัตราความคลาดเคลื่อนของข้อมูลลดลงและเหลือน้อยที่สุด คือ 0.02 (Liamputtong, 2009) โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน (กลุ่มละ 6 คน)

ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร่วมกับการใช้ snowball technique ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญทุกคน พบว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด กึ่งโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระจากการสัมภาษณ์เชิงลึกใน 2 ประเด็น คือ องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม โดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับ 1) ความหมายของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 2) ความหมายของวัฒนธรรม และมิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และ 3) แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 1) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ (ชุดที่ 1) มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ (transcribed verbatim) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลัก (thematic analysis) แยกข้อมูลและประเด็นย่อย (categories) (Liamputtong, 2009) ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland (2002) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ว่ามีความสำคัญระดับใด และมีข้อคำถามปลายเปิด เพื่อให้

ให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และ 21 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 8 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 5 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 5 องค์ประกอบย่อย และองค์ประกอบที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 3 องค์ประกอบย่อย มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ข้อความนั้นมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด ในการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมฯ ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดว่า ข้อคำถามที่นำไปใช้ในรูปแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 2) จะต้องมีความเหมาะสมระหว่าง 3.50-5.00 ซึ่งหมายถึง การที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นว่ามีแนวโน้มที่จะใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมฯ ระดับมากถึงมากที่สุด และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 ซึ่งหมายถึง การที่ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คน มีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน (Liamputtong, 2009)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 2) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำข้อคำถามที่ผ่านการคัดเลือกตาม

เกณฑ์ที่กำหนด มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาชั้น/คงไว้ซึ่งคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบเกี่ยวกับรายละเอียดข้อคำถามในรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมฯ อีกครั้ง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และ 19 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลฯ จำนวน 6 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตฯ จำนวน 5 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพฯ จำนวน 5 องค์ประกอบย่อย และองค์ประกอบที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมฯ จำนวน 3 องค์ประกอบย่อย มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ข้อความนั้นมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด ในการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมฯ

การพิทักษ์สิทธิผู้เชี่ยวชาญ มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 118/2560 วันที่ 19 กรกฎาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อผู้เชี่ยวชาญและเชิญเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เชี่ยวชาญ (ข้อ 2) จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบ ดังนี้

รอบที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยส่งแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดถึงโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิด ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์

ด่วนพิเศษ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาก่อนวันสัมภาษณ์ 2 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลาคนละ 30-60 นาที ซึ่งผู้วิจัยทำการบันทึกเสียงเฉพาะผู้เชี่ยวชาญที่ยินยอมเท่านั้น หากไม่ยินยอม ผู้วิจัยใช้วิธีจดข้อมูลอย่างละเอียด และซักถามทวนสอบตลอดการสัมภาษณ์และในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบต่อไป ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 22 กรกฎาคม ถึงวันที่ 30 กันยายน 2560 (รวมเวลา 71 วัน)

รอบที่ 2 การสอบถามผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 1) ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยนำไปมอบให้ด้วยตนเอง จำนวน 3 คน และส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ จำนวน 15 คน โดยใช้เวลา 60 วัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นต่อข้อคำถามตามเกณฑ์การให้คะแนน และสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในช่องข้อเสนอแนะได้ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับมาครบ 18 ฉบับ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 20 มกราคม ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2561 (รวมเวลา 55 วัน)

รอบที่ 3 การสอบถามผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 2) ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยนำไปมอบให้ด้วยตนเอง จำนวน 3 คน และส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ จำนวน 15 คน โดยใช้เวลา 30 วัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นต่อข้อคำถามตามเกณฑ์การให้คะแนน และสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในช่องข้อเสนอแนะได้ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับมาครบ 18 ฉบับ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1-30

พฤษภาคม 2561 (รวมเวลา 30 วัน)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 1) วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ โดยเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้อีกกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการบูรณาการทบทวนวรรณกรรม แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลักแยกข้อมูลและประเด็นย่อย (Liamputtong, 2009) จัดกลุ่มเป็นองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ส่วนข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (รอบที่ 2 และรอบที่ 3) วิเคราะห์ด้วยสถิติมัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพียง 3 รอบ เนื่องจากการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในรอบที่ 2 กับรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นเป็นฉันทามติ มีการเปลี่ยนแปลงเพียงร้อยละ 9.75 ซึ่งหมายความว่าผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 90.25 ยืนยันคำตอบที่ได้ตอบไว้ในรอบที่ 2 โดยไม่เปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับที่ Linstone and Turoff (1975) กล่าวว่า ผู้วิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ควรยุติการส่งแบบสอบถามในรอบต่อไปเมื่อระดับฉันทามติเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15

ผลการวิจัย

ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 1) มีดังนี้

1. ความหมายของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความหมายของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็น 2 ความหมาย ดังนี้

ความหมายที่ 1 เป็นการพยาบาลโดยผู้ให้บริการมีวัฒนธรรม ความเชื่อแตกต่างจากผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...พยาบาลที่มีวิถี

ชีวิต ความเชื่อที่แตกต่างจากผู้รับบริการ ย่อมมีการตัดสินใจในแต่ละเรื่องต่างจากผู้รับบริการ เช่น การรับประทานไข่เมื่อมีแผล ผู้รับบริการไม่ยอมรับประทานเนื่องจากกลัวเป็นแผลเป็น เป็นต้น...” (ID 7) “...การให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในบางเรื่องของผู้ให้บริการและผู้รับบริการอาจแตกต่างกันได้ตามความเชื่อและค่านิยม...” (ID 11)

ความหมายที่ 2 เป็นการดูแลผู้รับบริการโดยที่ผู้ให้บริการหลากหลายคนที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...ด้วยรูปแบบการให้การพยาบาลผู้รับบริการที่มีการพลัดเปลี่ยนเวรเพื่อดูแลผู้รับบริการ ซึ่งพยาบาลแต่ละคนก็มีความเชื่อและวัฒนธรรมแตกต่างกัน...” (ID 12) “...การตัดสินใจเลือกวิธีการให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาเดียวกันของพยาบาลแต่ละคนอาจแตกต่างกันได้โดยเชื่อมโยงจากความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตที่ต่างกัน...” (ID 5) “...เรื่องบางเรื่องพยาบาลที่นับถือศาสนาต่างกันอาจตัดสินใจต่อสถานการณ์เดียวกันแตกต่างกัน เช่น การช่วยเหลือหรือร่วมทำแท้งหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพ ศาสนาพุทธคิดว่าเป็นบาป ส่วนศาสนาคริสต์คิดว่าทำให้พ้นทุกข์...” (ID 16)

2. ความหมายของวัฒนธรรม และมิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความหมายของวัฒนธรรม และมิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังนี้

2.1 วัฒนธรรม เป็นการดำเนินชีวิตของมนุษย์ตามวิถีชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม เชื้อชาติ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี บรรทัดฐานทางสังคม ภูมิหลัง วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ประสพการณ์ โดยมีการถ่ายทอดรุ่นสู่รุ่น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...เป็นการกระทำ/กิจกรรม และวิธีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ตามความเชื่อ ศาสนา

ชนบธรรมเนียมประเพณี และบรรทัดฐานทางสังคม ที่มีการถ่ายทอดรุ่นต่อรุ่น” (ID 8) “...โดยขึ้นอยู่กับ สภาพแวดล้อม ลักษณะการเลี้ยงดู บางครั้งเชื้อชาติ ศาสนาที่แตกต่างกัน ก็ส่งผลต่อการตัดสินใจกับสิ่ง ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันด้วย” (ID 14)

2.2 มิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อภาวะ สุขภาพ คือ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามภูมิหลัง วัฒนธรรม และการให้ความหมายตามประสบการณ์ ความเชื่อ ชนบธรรมเนียมประเพณีของผู้รับบริการ โดยความเชื่อ และพฤติกรรมต่างๆ ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ และการเลือกใช้บริการสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ซึ่ง ขึ้นอยู่กับปัจจัยบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ โภชนาการ การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...หาก พูดถึงภาวะสุขภาพที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมควรมี ข้อมูลการประเมินทั้งข้อมูลด้านร่างกาย พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และสภาพสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ...” (ID 9) “...คิดว่าผู้รับบริการในช่วงอายุที่ แตกต่างกัน จะมีผลต่อการยึดถือหรือปฏิบัติตาม ความเชื่อ ซึ่งบางครั้งอาจส่งผลต่อสภาวะสุขภาพได้ เช่น ผู้รับบริการผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะกลับไป เสียชีวิตที่บ้าน เป็นต้น...” (ID 17) “...คิดว่าน่าจะ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการนอน พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความกดดัน ความคาดหวังจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมถึงการตีความและให้ความหมายต่อสิ่งที่ รับรู้...ส่งผลต่อการเลือกดำเนินชีวิต” (ID 2) “...ความสามารถในการสื่อสารที่ถูกต้อง และเข้าใจ วัฒนธรรมตามความเชื่อของผู้รับบริการ” (ID 3)

3. แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพตาม วัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นที่สามารถสรุปเป็น

แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม ของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ได้ดังนี้

3.1 ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับ บริการ เป็นการสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับ บริการ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ซึ่ง ข้อมูลเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...วัฒนธรรมที่ซ่อนอยู่ ในตัวตนผู้รับบริการมาจากการเรียนรู้ การศึกษา ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต การให้คุณค่า ค่านิยม และวัฒนธรรมชุมชน เช่น เพศชายที่รับรู้ว่ ตนเองเป็นหญิง เป็นต้น” (ID 10) “...อายุ การสะสมทางวัฒนธรรมต่างๆ ในช่วงอายุที่ผ่านมา ผู้รับบริการที่มีอายุน้อย การถ่ายทอดและการรับรู้ ตามวัฒนธรรมจะแตกต่างจากผู้รับบริการที่มีอายุ มากกว่า...” (ID 5) “...เวลาที่สัมพันธ์กับประเพณี ของแต่ละศาสนาด้วย เช่น ในเดือนรอมฎอน ศาสนา อิสลามจะต้องทำพิธีถือศีลอด...” “...สภาพ การทำงานที่มีความตึงเครียดตลอดเวลา ทำให้ผู้รับ บริการมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับภาวะความเครียดสูง...” (ID 6)

3.2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ของผู้รับบริการ เป็นการสอบถามพฤติกรรม การดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมและความเชื่อของ ผู้รับบริการ เพื่อสืบค้นข้อมูลที่เชื่อมโยงถึงภาวะ สุขภาพของผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...การรับรู้ตนเอง บทบาท ความสัมพันธ์ เจตคติ สังคม โรค และความเจ็บป่วย...” (ID 4) “...พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นมิติหนึ่ง ที่สำคัญ จากประสบการณ์ของผม ชาวแกมพูชาจะ มีความเชื่อว่า การรับประทานอาหารผักผลไม้ทุกวันช่วยให้ ระบบการขับถ่ายดีขึ้น ชาวแกมพูชาจึงชอบรับประทาน ผักทุกมื้อ...” (ID 13) “...ความเป็นส่วนตัวของ ผู้รับบริการไทยกับผู้รับบริการต่างชาติไม่เหมือนกัน คนไทยอีสาน มี personal space คือ ใต้ถุนบ้าน...

แต่ผู้รับบริการชาวญี่ปุ่นต้องการห้องส่วนตัวและความเงียบ” (ID 14)

3.3 ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตและความเชื่อ คือ ความเชื่อตามวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...ผู้รับบริการชาวเวียดนามจะต้องนำ ‘ไอส์’ มาเผา และให้ผู้ป่วยสูดดม/สูดดมหายใจลึกๆ เพื่อให้หายใจโล่งสบาย แต่กรณีของผู้ป่วยเป็นโรคหอบหืดจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการพ่นออกซิเจนมากขึ้น” (ID 7) “...หากผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยสูงอายุ จะมีความเชื่อว่าจะมีผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วมารับและต้องการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน” (ID 3) “...การสื่อสารกับผู้รับบริการเกิดขึ้นโดยการสื่อสารด้วยวาจาและการใช้ภาษากาย การให้ความเข้าใจ ความหมาย ความเข้าใจในสารต่างๆ ที่เหมือนหรือใกล้เคียงกัน ส่งผลให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้ถูกต้องและถูกใจ...” (ID 1) “...โดย meaning ของสิ่งต่างๆ รอบตัวผู้รับบริการ เกิดจากการตีความตามประสบการณ์เดิม เช่น เจ้าหน้าที่ใส่ถุงมือเมื่อสัมผัสตัวผู้ป่วย แปลว่าผู้ป่วยติดเชื้อเป็นต้น” (ID 15) หรือ “...ผู้รับบริการชาวกัมพูชาห้ามเพศหญิงสัมผัสศีรษะ เนื่องจากให้ความหมายว่าจะมีสิ่งเลวร้ายส่งผลให้สุขภาพไม่ดี...” (ID 17)

3.4 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ คือ สภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพตามความเชื่อ วิธีปฏิบัติตนต่อความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการต่อการดูแลสุขภาพ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...ระเบียบข้อกำหนด กฎเกณฑ์ กฎหมาย ความเจริญของเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เช่น สภาวะที่ทำงาน เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมของผู้รับบริการ...” (ID 9) “...แบบแผนประเพณี การเลี้ยงดูจากครอบครัว หล่อหลอมให้ผู้รับบริการมีสุขภาพแตกต่างกัน และส่งผลต่อสภาวะสุขภาพ เช่น การเลือกอาหารบริโภค หรือรูปแบบการดำเนินชีวิตเป็นต้น” (ID 18) “...ชุมชนที่ผู้รับบริการอาศัยอยู่เป็นชุมชนเมือง มีสภาพการจราจรแออัด ผู้รับบริการจะเป็นไข้หวัดบ่อย...” (ID 11)

ผลการสอบถามผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 2 และรอบที่ 3) ผู้วิจัยแปลผลการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 3 เป็นรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และ 19 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 6 องค์ประกอบย่อย (Mdn = 4.64–4.89, IQR = 0–.21) องค์ประกอบที่ 2 ด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 5 องค์ประกอบย่อย (Mdn = 4.14–4.74, IQR = .10–.92) องค์ประกอบที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 5 องค์ประกอบย่อย (Mdn = 4.64–4.89, IQR = 0–.17) และองค์ประกอบที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 3 องค์ประกอบย่อย (Mdn = 4.58–4.78, IQR = .10–.15) ซึ่งทุกองค์ประกอบย่อยมีความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม จำแนกเป็นรายองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย รอบที่ 2 และรอบที่ 3

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม ^a	Mdn / IQR (รอบที่ 2)	ระดับ ความสำคัญ	Mdn / IQR (รอบที่ 3)	ระดับ ความสำคัญ
องค์ประกอบหลักที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	4.67 / .12	มากที่สุด	4.82 / .21	มากที่สุด
องค์ประกอบย่อย				
1.1 เพศของผู้รับบริการ (เพศชาย/เพศหญิงมีความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น เพศชายมีความเครียดสูงกว่าหรือเพศชายมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพของเพศหญิง เช่น การเลือกวิธีการคุมกำเนิด)	4.88 / .00	มากที่สุด	4.89 / .00	มากที่สุด
1.2 อายุของผู้รับบริการ (ช่วงวัยของมนุษย์ที่แตกต่างกันส่งผลต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์ความเชื่อ และความศรัทธาต่อวัฒนธรรมที่เชื่อถือสูง ทำให้ไม่ยอมรับการรักษา เป็นต้น)	4.70 / .15	มากที่สุด	4.85 / .00	มากที่สุด
1.3 เชื้อชาติและสัญชาติของผู้รับบริการ (เชื้อชาติและสัญชาติที่แตกต่างกันจะมีลักษณะสุขภาพเฉพาะที่แตกต่างกัน เช่น ชาวยุโรปมักเป็นโรคปอด โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน ส่วนชาวเอเชียมักเป็นโรคเรื้อรัง)	4.82 / .12	มากที่สุด	4.82 / .07	มากที่สุด
1.4 ศาสนาของผู้รับบริการ (ความแตกต่างในการนับถือศาสนาส่งผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น ศาสนาอิสลามมีประเพณีถือศีลอดในเดือนรอมฎอน)	4.77 / .22	มากที่สุด	4.82 / .21	มากที่สุด
1.5 อาชีพ (ผู้รับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันจะมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพและมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ทำงานเป็นกะ ทำงานด้านสุขภาพ หรือทำงานออฟฟิศ)	4.72 / .28	มากที่สุด	4.64 / .09	มากที่สุด
1.6 ระดับการศึกษา (ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือมีทางเลือกในการรักษาสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีศึกษาน้อยกว่า เป็นต้น)	4.54 / .13	มากที่สุด	4.64 / .17	มากที่สุด
องค์ประกอบหลักที่ 2 ด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	4.61 / .17	มากที่สุด	4.74 / .10	มากที่สุด
องค์ประกอบย่อย				
2.1 พฤติกรรมการรับรู้และการดูแลสุขภาพตามความเชื่อและวัฒนธรรม เช่น หากมีไข้ต้องรับประทานยา paracetamol 2 เม็ด เนื่องจากเชื่อว่ารับประทานเม็ดเดียวไม่หาย	4.61 / .31	มากที่สุด	4.64 / .13	มากที่สุด
2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความเชื่อและวัฒนธรรม เช่น อาหารสุกๆ ดิบๆ เผ็ด หวาน เค็ม หรือการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา เพราะมีความเชื่อว่าหากไม่หิวยังไม่ต้องรับประทาน	4.26 / .18	มาก	4.34 / .18	มาก

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม จำแนกเป็นรายองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย รอบที่ 2 และรอบที่ 3 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม ^a	Mdn / IQR (รอบที่ 2)	ระดับ ความสำคัญ	Mdn / IQR (รอบที่ 3)	ระดับ ความสำคัญ
2.3 พฤติกรรมการขับถ่าย เช่น ไม่ขับถ่ายในห้องน้ำสาธารณะ	4.18 / .09	มาก	4.25 / .11	มาก
2.4 พฤติกรรมการออกกำลังกายตามความเชื่อและวัฒนธรรม เช่น การทำงานประจำที่ใช้แรงถือเป็นการออกกำลังกาย ออกกำลังกายเมื่อใดก็ได้	4.10 / .50	มาก	4.16 / .78	มาก
2.5 พฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับ เช่น อาชีพส่งผลต่อรูปแบบการพักผ่อนนอนหลับ ลักษณะการพักผ่อน	4.12 / .40	มาก	4.14 / .92	มาก
องค์ประกอบหลักที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	4.78 / .05	มากที่สุด	4.78 / .03	มากที่สุด
องค์ประกอบย่อย				
3.1 ความเชื่อตามศาสนาที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ	4.85 / .00	มากที่สุด	4.89 / .00	มากที่สุด
3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณีหรือศาสนาที่ผู้รับบริการเชื่อถือ เช่น พิธีถือศีลอดในศาสนาอิสลาม	4.85 / .00	มากที่สุด	4.85 / .00	มากที่สุด
3.3 ความเชื่อและการให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน เช่น คัมภีร์ทำให้นอนหลับง่าย	4.77 / .15	มากที่สุด	4.78 / .03	มากที่สุด
3.4 ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และการคลอด เช่น หญิงคลอดบุตรเชื่อว่าต้องรับประทานข้าวต้มกับเกลือ	4.73 / .15	มากที่สุด	4.72 / .16	มากที่สุด
3.5 ความเชื่อในการดูแลสุขภาพในระยะใกล้เสียชีวิต	4.54 / .27	มากที่สุด	4.64 / .17	มากที่สุด
องค์ประกอบหลักที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	4.61 / .23	มากที่สุด	4.69 / .13	มากที่สุด
องค์ประกอบย่อย				
4.1 วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย ในองค์กร และสังคมที่ผู้รับบริการอาศัยอยู่ แบบแผนประเพณีของชุมชน/สังคม การเลี้ยงดูจากครอบครัว เป็นต้น ที่ส่งผลต่อสุขภาพ	4.61 / .31	มากที่สุด	4.58 / .15	มากที่สุด
4.2 ลักษณะที่พักอาศัย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ที่ทำงาน หรือสถานบริการสาธารณสุขที่ไปรับบริการ ส่งผลต่อสุขภาพ	4.78 / .07	มากที่สุด	4.78 / .03	มากที่สุด
4.3 แนวทางการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความเชื่อและวัฒนธรรม เช่น การดื่มน้ำนัตโล่ไม่ได้ในผู้ป่วยที่มีอาการชัก/เพ้อ ห้ามนำเด็กปัญญาอ่อนเข้าสังคมและห้ามเรียนหนังสือ	4.73 / .20	มากที่สุด	4.74 / .10	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และ 19 องค์ประกอบย่อย ซึ่งมีสิ่งที่คิดค้นได้ใหม่จากงานวิจัยนี้ คือ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการโดยคำนึงถึงและตอบสนองผู้รับบริการตามความเชื่อและวัฒนธรรม เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพอีกแนวทางหนึ่งที่ทำให้เห็นสาเหตุของการเกิดภาวะสุขภาพที่ผิดปกติดูตามมุมมองความเชื่อทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมทุกมิติ (Leininger & McFarland, 2002; Potter et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson et al. (2010) ที่พบว่า การประเมินความต้องการทางวัฒนธรรมแบบเป็นองค์รวมตามความต้องการส่วนบุคคล ความเชื่อ วัฒนธรรม ส่งผลให้การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทำได้ครบถ้วนครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องและพึงพอใจมากขึ้น (Dudas, 2012; Songwathana & Siriphan, 2015) ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ/สัญชาติ ศาสนา อาชีพ และระดับการศึกษา ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ส่วนใหญ่เป็นโครงสร้างที่แสดงออกทางด้านร่างกายของมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Giger and Davidhizar (2008) ที่พบว่า ลักษณะเฉพาะด้านชีวภาพของผู้รับบริการสามารถใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการประเมิน

สภาวะสุขภาพได้ เช่น น้ำหนักตัว สีผิว พันธุกรรม เชื้อชาติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngo (2008) ที่พบว่า พื้นฐานกลุ่มชาติพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการทางกายภาพ เช่น เพศ อายุ อาชีพ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Campinha-Bacote (2002) ที่พบว่า ความเข้าใจและความสามารถในการรับรู้ถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการอย่างครอบคลุมตามความเชื่อและวัฒนธรรม จะส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพแสดงความใส่ใจ ความเข้าใจ ความรับรู้ และตอบสนองต่อผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และมีการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมได้ครอบคลุมแบบครบองค์รวมมากขึ้นด้วย

องค์ประกอบที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ พฤติกรรมการรับรู้และการดูแลสุขภาพ การบริโภคอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ ซึ่งเป็นสิ่งที่สัมผัสได้จากการพูดคุยและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการโดยการสื่อสารพูดคุย การกระตุ้นเปิดพื้นที่ส่วนตัว และการพิจารณาช่วงเวลาของการเกิดพฤติกรรม สอดคล้องกับข้อมูลการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Weber, 2014) แต่แตกต่างกันตรงที่ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการโดยเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการกับภาวะสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความเชื่อตามศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่

สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณี ความเชื่อในการให้ความหมายกิจกรรม ความเชื่อในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และคลอด และความเชื่อในการดูแลสุขภาพในระยะใกล้เสียชีวิต เป็นความเชื่อทางวัฒนธรรมที่หล่อหลอมมาตั้งแต่การเลี้ยงดูสภาพสังคมที่เกี่ยวข้อง ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ สอดคล้องกับที่ Higginbottom et al. (2011) กล่าวว่า การประเมินภาวะสุขภาพ หากมิได้ประเมินตามบริบทความเชื่อของผู้รับบริการ จะทำให้เกิดความไม่เข้าใจในการสื่อสาร จนถึงเกิดภาวะอันตรายต่อชีวิตจากการแปลผลทางวัฒนธรรมผิดพลาด รวมถึงความเชื่อเรื่องการมีชีวิตและการเลือกวิธีการเสียชีวิตตามความเชื่อ (Schim & Doorenbos, 2010) นอกจากนี้ การศึกษาของ ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา และคณะ (2560) ยังพบว่า การพยาบาลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมต้องให้ความสำคัญกับค่านิยม ความเชื่อ วิถีชีวิต ภาษา เชื้อชาติ ประสพการณ์ ความเป็นปัจเจกบุคคล และความแตกต่างทางภูมิหลังของผู้รับบริการ มาเป็นข้อมูลพื้นฐานหลักเพื่อวิเคราะห์แนวทางการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนเป็นองค์รวม และพยาบาลที่ดูแลผู้รับบริการในกลุ่มนี้จะต้องมีความสามารถในการประสานวัฒนธรรมของตนเองให้สามารถทำความเข้าใจค่านิยม ความเชื่อของผู้รับบริการที่ส่งผลต่อสุขภาพได้อย่างลึกซึ้งด้วย (Fujiwara, 2008)

องค์ประกอบที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย องค์กร และสังคม ลักษณะที่พหุอาศัย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ และแนวทางการดูแลผู้เจ็บป่วยในครอบครัว เป็นลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมที่แตกต่างกันตามสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ เช่น สังคม ที่พหุอาศัย ที่ทำงาน

สถานพยาบาล สอดคล้องกับที่ Songwathana and Siriphan (2015) กล่าวว่า สังคมที่บุคคลอาศัยอยู่มีอิทธิพลต่อการชักจูงด้านจิตใจคนในสังคมให้มีความเชื่อในสิ่งเร้นลับ การดูแลสุขภาพรุ่นต่อรุ่น มากกว่าการดูแลสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน และสอดคล้องกับที่ Dudas (2012) กล่าวว่า องค์กรทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จะส่งผลถึงสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของผู้รับบริการได้ โดยผู้รับบริการจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจเชื่อและยึดถือแนวทางการปฏิบัติตนด้านสุขภาพตามสิ่งที่ตนเองเข้าถึงง่ายและคุ้นเคย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพควรนำรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมมาใช้ โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ความหมายของวัฒนธรรม และมิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ เพื่อให้สามารถประเมินผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งผลให้การบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารายละเอียดประกอบของสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม โดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เพื่อทดสอบคุณภาพของแบบประเมินต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่สละเวลาเพื่อให้ข้อมูลการวิจัย และให้คำชี้แนะในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณสำนักงาน

คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และมหาวิทยาลัยบูรพา ที่มอบทุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ผลการดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพและกลยุทธ์ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N24-10-61.aspx>

ชฎารัตน์ กรุตสุทธิพิพัฒน์, และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2560). ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(3), 19–29.

ชลธิชา แก้วอนุชิต, ขวัญศิริ ทองพูน, และอัมมัตนา ไชยกาญจน์. (2557). ก้าวสู่การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในศตวรรษที่ 21. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 108–120.

ปราณีต ส่องวัฒนา. (2557). การวิจัยทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: แนวคิดและประเด็นวิจัย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 5–21.

พัชรินทร์ สิริสุนทร. (2559). วัฒนธรรมกับสุขภาพ. ใน *เอกสารประกอบการบรรยายให้แก่บัณฑิตปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*. สืบค้นจาก <http://www.socsci.nu.ac.th/wp-content/uploads/2015/09/CultureAndHealth.pdf>

ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, อารีรัตน์ ขำอยู่, และจินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส. (2560). การพัฒนาเกณฑ์และมาตรฐานบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(1), 168–184.

วีรณัฐ วิบูลย์พันธ์. (2552). สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 21(3), 29–43.

สุดศิริ หิรัญขุนหะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ประณีต ส่องวัฒนา, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2550). สมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาล: องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(1), 9–27.

อรันันท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 137–143.

Anderson, N. L. R., Boyle, J. S., Davidhizar, R. E., Giger, J. N., McFarland, M. R., Papadopoulos, I., ... Wehbe-Alamah, H. (2010). Chapter 7: Cultural health assessment. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(Suppl. 1), 307–336. doi:10.1177/1043659610377208

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. doi:10.1177/10459602013003003

- Dudas, K. I. (2012). Cultural competence: An evolutionary concept analysis. *Nursing Education Perspectives*, 33(5), 317–321. doi:10.5480/1536-5026-33.5.317
- Fujiwara, Y. (2008). Culturally congruent care: A concept analysis. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 22(1), 7–16. doi:10.3418/jjam.22.7
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2008). *Transcultural nursing: Assessment & intervention* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Higginbottom, G. M., Richter, M. S., Mogale, R. S., Ortiz, L., Young, S., & Mollel, O. (2011). Identification of nursing assessment model/tools validated in clinical practice for use with diverse ethno-cultural groups: An integrative review of the literature. *BMC Nursing*, 10(1), 16. doi:10.1186/1472-6955-10-16
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories research & practice* (3rd ed.). Albany, NY: McGraw Hill.
- Liamputtong, P. (2009). *Qualitative research methods* (3rd ed.). Melbourne: Oxford University Press.
- Linstone, H. A., & Turoff, M. (1975). *The Delphi method: Techniques and applications*. Boston, MA: Addison-Wesley.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2012). *Nursing outcomes classification* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Ngo, H. V. (2008). *Cultural competence: A guide to organizational change*. Calgary, AB: Citizenship and Immigration Canada.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2017). *Fundamental of nursing* (9th ed.). St. Louis: Mosby.
- Schim, S. M., & Doorenbos, A. Z. (2010). A three-dimensional model of cultural congruence: Framework for intervention. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 6(3–4), 256–270. doi:10.1080/15524256.2010.529023
- Songwathana, P., & Siriphan, S. (2015). Thai nurses' cultural competency in caring for clients living in a multicultural setting. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 19(1), 19–31.
- Weber, J. R. (2014). *Nurses' handbook of health assessment* (8th ed.). China: Lippincott Williams & Wilkins.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง* Effectiveness of Health Promotion Program for Hypertension Prevention in Risk Group*

นิศารัตน์ ศรีไชร์, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹

Nisarat Srisai, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)¹

ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล, Ph.D. (Nursing)²

Lukawee Piyabanditkul, Ph.D. (Nursing)²

Received: May 15, 2021 Revised: June 7, 2021 Accepted: June 8, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในตำบลนาเนิน อำเภอนีนสง่า จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 67 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 34 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University: Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: plukaw@kku.ac.th

ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .74 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .72 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .72 และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .86 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of health promotion program for hypertension prevention in risk group. The samples included 67 hypertensive risk group who lived in Ta Noen Sub-district, Noen Sa-nga District, Chaiyaphum Province and were divided into the experimental group ($n = 33$) and the comparison group ($n = 34$). The research instruments consisted of the health promotion program for hypertension prevention in risk group, the health behavior practice record form, the demographic questionnaire, the perceived health promotion questionnaire including three parts: the perceived benefits of health behavior practice with reliability as .74, the perceived barriers of health behavior practice with

reliability as .72, and the self-efficacy in health behavior practice with reliability as .72, and the health behavior practice questionnaire with reliability as .86. The implementation and data collection were conducted from August to November, 2019. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean scores of perceived benefits of health behavior practice, self-efficacy in health behavior practice, and health behavior practice than those of before the experiment ($p < .001$), whereas the experimental group had statistically significant lower mean score of perceived barriers of health behavior practice than that of before the experiment ($p < .001$), and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean scores of perceived benefits of health behavior practice, self-efficacy in health behavior practice, and health behavior practice than those of the comparison group ($p < .001$), whereas the experimental group had statistically significant lower mean score of perceived barriers of health behavior practice than that of the comparison group ($p < .001$).

This research suggests that health care providers should apply the health promotion program for hypertension prevention in risk group for caring hypertensive risk group in order to enhance an appropriate health behavior practice and prevent hypertension among hypertensive risk group.

Keywords: Health promotion program, Health behavior, Hypertensive risk group

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่คุกคามภาวะสุขภาพของประชากรทั่วโลก ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะพบอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงกว่า 1.56 พันล้านคน (World Health Organization [WHO], 2017) สำหรับประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2558–2560 พบอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็น 1,882.30, 1,901.10 และ 2,584 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบอัตราการตายด้วย

โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็น 2.90, 2.95 และ 2.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักรับนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากข้อมูลของตำบลตาเนิน อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ พบอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยเพิ่มขึ้นจาก 9.24 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 9.77 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2561 และพบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 20.17 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 46.14 ในปี พ.ศ. 2561

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2561)

สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง นอกจากจะมีปัจจัยเสี่ยงจากอายุที่เพิ่มขึ้น มีกรรมพันธุ์ และปัจจัยด้านเพศแล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อย คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็มจัดและมีไขมันสูงเป็นประจำ การไม่ออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายน้อย มีภาวะอ้วน สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และมีความเครียด (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) ประกอบกับการดำเนินของโรคความดันโลหิตสูงเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป อาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน จึงส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงไม่ทราบถึงภาวะสุขภาพและละเลยการดูแลตนเอง จนนำไปสู่การเกิดโรค หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นการเสียชีวิตแบบเฉียบพลันหรือสูญเสียอวัยวะได้ (สุภัทรา วรรีระ, 2560) ดังนั้น การส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตได้

การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender, Murdaugh, and Parsons (2006) เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากประสบการณ์เดิมที่เคยปฏิบัติมาตามคุณลักษณะของบุคคลนั้น โดยมีปัจจัยด้านกายภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเข้ามาเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หากบุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองมากเท่าใด บุคคลนั้นจะมีความมุ่งมั่นในการรับรู้ถึงข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender ส่วนใหญ่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

เพิ่มขึ้น (ปิยวรรณ ศรีสุนันท์, 2560) ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความร่วมมือในการรับประทาน อาหารและยาเพิ่มขึ้น (สิริขยา อังกูรจร และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2557)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) โดยใช้ทั้งกิจกรรมกลุ่มและการเยี่ยมบ้าน เพื่อมุ่งหวังให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อันจะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น รวมทั้งช่วยลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองใน

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ย
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย
การรับรู้ประสิทธิภาพของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

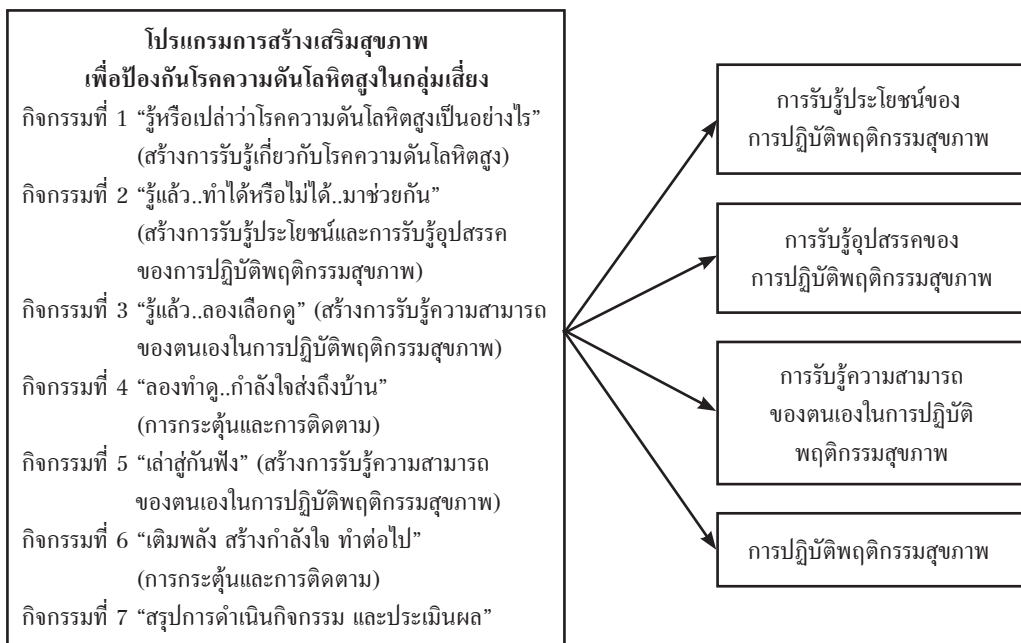
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองใน
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ย
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย
การรับรู้ประสิทธิภาพของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด
การส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ที่มี

ความเชื่อว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเกิดจาก
แรงจูงใจที่บุคคลต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง
ให้ดียิ่งขึ้น โดยมีปัจจัยสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1)
ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ส่วนบุคคล
2) ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดเฉพาะกับ
พฤติกรรม และ 3) ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ในการพัฒนา
โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดัน
โลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยง เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจให้
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดความมุ่งมั่นใน
การกระทำพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง
ผ่านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม
สุขภาพ การรับรู้ประสิทธิภาพของการปฏิบัติพฤติกรรม
สุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองใน
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นำสู่ผลลัพธ์ด้าน
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดัน
โลหิตสูงที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นในที่สุด สรุปเป็น
กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น ผู้ที่มีอายุ 35–59 ปี อาศัยในตำบลตาเนิน อำเภอ เนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคัดกรองด้วยวิธีการวัดระดับความดันโลหิต โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และใช้เกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) คือ ระดับความดันซิสโตลิก 130–139 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิก 85–89 มิลลิเมตรปรอท ในปี 2562 จำนวน 869 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 2) มั่นใจว่าสามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้ตลอดทั้งโปรแกรม 3) ไม่มีโรคหรือ ภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ ภาวะ สมอเสื่อม 4) มีดัชนีมวลกายไม่เกิน 30 กก./ม.² และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติ การเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง 2) มีภาวะฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤต เกิดขึ้น เช่น เกิดอุบัติเหตุ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง 3) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 4) ขอลถอนตัวจากการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรเพื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร สองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัดนกุล, 2550) โดยใช้การศึกษาของพรพิมล อุติผล (2558) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) รวมจำนวน 50 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของ กลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณ ปรับขนาดตัวอย่าง (อรุณ จิรวัดนกุล, 2551) โดย

กำหนดสัดส่วนการสูญหาย ร้อยละ 15 ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 34 คน รวมจำนวน 68 คน โดยเลือกพื้นที่ศึกษาเป็นหมู่บ้าน 2 หมู่บ้าน (จาก จำนวน 14 หมู่บ้าน) ด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มโดยการจับฉลาก กำหนดให้ชื่อหมู่บ้านที่จับได้ครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง คือ บ้านโนนคูณ และชื่อหมู่บ้านที่ จับได้ครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คือ บ้านสามหลัก (ทั้ง 2 หมู่บ้าน อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกกุลา) เลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากตามบัญชีรายชื่อ จากนั้นทำการจับคู่ ตามช่วงอายุ เพศ และอาชีพ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัย สร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ของ Pender et al. (2006) ประกอบด้วยกิจกรรม ทั้งสิ้น 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้หรือเปล่าว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร” ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ที่ถูกต้อง และสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงได้ โดย จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 2 “รู้แล้ว..ทำได้หรือ ไม่ได้..มาช่วยกัน” ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เพื่อสร้างการรับรู้ ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน (ภาวะไตวาย ภาวะ

หลอดเลือดในสมองตีบ)

กิจกรรมที่ 3 “รู้แล้ว..ลองเลิกดู” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการปรุงอาหาร รวมทั้งให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการความเครียด วิธีการงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/กาเฟอีน และการงดหรือลดการสูบบุหรี่

กิจกรรมที่ 4 “ลองทำดู..กำลังใจส่งถึงบ้าน” ใช้เวลา 30-60 นาที (ต่อ 1 บ้าน) เป็นการกระตุ้นเตือนและการติดตาม ครั้งที่ 1 โดยการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย เพื่อประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และค้นหาปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติในขณะอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 “เล่าสู่กันฟัง” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดกลุ่มเพื่อนซี้ระหว่างผู้ที่ปฏิบัติได้กับผู้ที่ยังปฏิบัติไม่ได้ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 6 “เติมพลัง สร้างกำลังใจทำต่อไป” ใช้เวลา 30-60 นาที (ต่อ 1 บ้าน) เป็นการกระตุ้นเตือนและการติดตาม ครั้งที่ 2 โดยการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยและกลุ่มเพื่อนซี้ เพื่อประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการแก้ปัญหาที่พบในการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 7 “สรุปการดำเนินกิจกรรม และประเมินผล” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยให้แต่ละคนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจ โดยการเยี่ยมบ้านโดยกลุ่มเพื่อนซี้ การให้กำลังใจ การใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติจริง และการติดตามต่อเนื่อง

1.2 แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สำหรับติดตามความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในขณะอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วย การบันทึกเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การปรุงอาหาร การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/กาเฟอีน และการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว น้ำหนัก-ส่วนสูง (ดัชนีมวลกาย) เส้นรอบเอว และการมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในระดับน้อย (1-1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับมาก (2.34-3 คะแนน)

ส่วนที่ 2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และ เห็นด้วยสำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในระดับน้อย (1-1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับมาก (2.34-3 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติในระดับน้อย (1-1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับมาก (2.34-3 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/กาเฟอีน และด้านการสูบบุหรี่ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 3 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับน้อย (0-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (21-40 คะแนน) และในระดับสูง (41-60 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง แบบสอบถาม

การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ด้านโรคเรื้อรัง อาจารย์พยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (2 คน) และพยาบาลด้านโรคเรื้อรัง (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) อยู่ในช่วง .82-.96 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในบ้านโกรกกลา ตำบลตาเนิน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพในส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .74, .72, .72 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประจำสาขาคณะที่ 2 มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เอกสารรับรองเลขที่ HE622138 วันที่ 9 สิงหาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกกลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มเปรียบเทียบที่ศาลาประชารัฐของบ้านสามหลัก แนะนำตัว และดำเนินการพินิจสิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15–20 นาที

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ศาลาประชารัฐของบ้านโนนคูณ แนะนำตัว และดำเนินการพินิจสิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15–20 นาที

4. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงให้แก่กลุ่มทดลอง โดยในสัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมที่ 1 และในสัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมที่ 2 ที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกกลา ในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม (หลังกิจกรรมที่ 1 กลุ่มทดลองเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 คน จึงเหลือ 33 คน) จากนั้นในสัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมที่ 3 ที่ศาลาประชารัฐของบ้านโนนคูณ ในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม แจกแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในขณะที่อยู่ที่บ้าน ในช่วงสัปดาห์ที่ 4–8 จัดกิจกรรมที่ 4 โดยผู้วิจัยเยี่ยมบ้านในวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เวลา

17.00–20.00 น. ในสัปดาห์ที่ 9 จัดกิจกรรมที่ 5 ที่ศาลาประชารัฐของบ้านโนนคูณ ในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม ในช่วงสัปดาห์ที่ 10–11 จัดกิจกรรมที่ 6 โดยผู้วิจัยและคู่หูเพื่อนชี้เยี่ยมบ้านผู้ที่ยังปฏิบัติไม่ได้ (จำนวน 15 คน) ในวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เวลา 17.00–20.00 น. และในสัปดาห์ที่ 12 จัดกิจกรรมที่ 7 ที่ศาลาประชารัฐของบ้านโนนคูณ ในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม รวมเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกกลา โดยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

5. ในสัปดาห์ที่ 13 ผู้วิจัยพบกลุ่มเปรียบเทียบที่ศาลาประชารัฐของบ้านสามหลัก ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10–15 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 13 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ศาลาประชารัฐของบ้านโนนคูณ ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10–15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2562 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมที่ 1–3 และกิจกรรมที่ 5 ให้แก่กลุ่มเปรียบเทียบในสัปดาห์ที่ 13 เป็นเวลา 2 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติฯ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติฯ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติฯ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.60 มีอายุอยู่ในช่วง 46–50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.33 ปี ($SD = 6.04$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 93.90 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.60 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 87.90 มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.60 โดยมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5,718.18 บาท/เดือน ($SD = 1,394.90$) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23–24.90 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.40 ส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 60.60 และมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 48.49 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.70 มีอายุอยู่ในช่วง 46–50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.40 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.06 ปี ($SD = 6.71$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 94.10 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 76.50 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 88.20

มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000–10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 61.80 โดยมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5,694.12 บาท/เดือน ($SD = 1,006.90$) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23–24.90 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.20 ส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 67.65 และมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 32.35

2. การเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 33)						
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	1.69	.20	2.72	.17	26.590	< .001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	1.61	.28	1.25	.19	10.690	< .001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	1.91	.26	2.98	1.13	5.410	< .001
ในการปฏิบัติ						
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	1.60	.28	2.37	.28	18.334	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 34)						
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	1.76	.22	1.76	.22	.000	1.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	1.95	.21	1.54	.21	6.620	.101
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	1.63	.19	1.62	.22	.236	.815
ในการปฏิบัติ						
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	1.76	.32	1.76	.32	.000	1.000

3. การเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ย

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 34)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	1.69	.20	1.76	.22	1.550	.130
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	1.61	.28	1.95	.21	6.220	.227
การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติ	1.91	.26	1.63	.19	5.280	.520
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	1.60	.28	1.76	.32	2.009	.530
หลังการทดลอง						
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	2.72	.17	1.76	.22	22.450	< .001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	1.25	.19	1.54	.21	12.990	< .001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติ	2.98	1.13	1.62	.22	6.722	< .001
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	2.37	.28	1.76	.32	8.623	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) โดยจุดเน้นของโปรแกรม คือ การเติมเต็มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสร้างการรับรู้โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การฝึกปฏิบัติจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการปรุงอาหาร การได้รับข้อมูลจากตัวแบบที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการมีภาวะแทรกซ้อน

จากโรคความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม ประเมินความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพในขณะที่อยู่ที่บ้าน การจัดคู่มือเพื่อนชี้เพื่อ ช่วยเหลือในการจัดการปัญหาและให้กำลังใจ รวมทั้ง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่ม โดยให้มีส่วนร่วม ในการแสดงความคิดเห็น ซึ่งกิจกรรมหลักต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีการรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพลดลง จนทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด ของ Pender et al. (2006) ที่ว่า บุคคลมีการรับรู้ ความสามารถเนื่องจากการกระทำของตนบรรลุผล สำเร็จ เกิดประโยชน์ต่อตนเอง อันนำไปสู่ความมุ่งมั่น ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิด โรคความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกายอย่าง สม่าเสมอ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ ศรีสุวพันธ์ (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ มีคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนการทดลองและ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษา ของสิริขยา อังกูรขจร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือ ในการรับประทานอาหารเช้าสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรม สร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดัน โลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันเป็นการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัย ครั้งนี้ โดยแบ่งช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้อง และการเสนอแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้เวลาน้อยกว่า 12 สัปดาห์ และระยะที่ 2 เป็นการติดตามประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ นอกจากนี้ควรให้ครอบครัวเข้าร่วม กิจกรรมในโปรแกรม เพื่อให้เกิดการรับรู้การเสริม สุขภาพที่ถูกต้อง อันจะส่งผลดีต่อการรับรู้และ การปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

- ปิยวรรณ ศรีสุวพันธ์. (2560). ผลการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของเพนเดอร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้าน สุขภาพ*, 3(2), 105-118.
- พรพิมล อุตติผล. (2558). การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล เชาพนม อำเภอลำพูน จังหวัดกระบี่. *วารสาร การพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(3), 441-452.

- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2561). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD)*. Retrieved from https://cpm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สิริขยา อังกูรจร, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2557). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 25(2), 77-89.
- สุภัทรา ะวีระ. (2560). *การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง ในตำบลหินตั้ง อำเภอบ้านไร่ จังหวัดขอนแก่น* (การศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2550). *ชีวสถิติ (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). *ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- World Health Organization. (2017). *WHO/ISH Hypertension guideline*. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ต่อความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤต ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*

Effect of Parental Participation Promoting Program on Ability to Care for Critically Ill Children with Mechanical Ventilation*

นิภาภรณ์ ชื่นอร่าม, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) ¹

Nipaporn Chuanarram, M.N.S. (Pediatric Nursing) ¹

ยุนี พงศ์จตุรวิทย์, Ph.D. (Nursing) ²

นุจรี ไชยมงคล, Ph.D. (Nursing) ³

Yunee Pongjaturawit, Ph.D. (Nursing) ²

Nujaree Chaimongkol, Ph.D. (Nursing) ³

Received: July 23, 2019 Revised: May 13, 2021 Accepted: May 16, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 30 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

¹ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nuni.nurse29@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ปกครอง มีค่าความเชื่อมั่น .82 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.070, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลเด็กควรนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ไปใช้ในการเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ปกครองเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้สามารถดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง, ความสามารถในการดูแล, เด็กป่วยวิกฤต

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of parental participation promoting program on ability to care for critically ill children with mechanical ventilation. The samples included 30 parents of ill children with mechanical ventilation admitted in the pediatric intensive care unit, Chonburi Hospital and were equally divided into the experimental group ($n = 15$) and the control group ($n = 15$). The research instruments were composed of the participation promoting program in caring for critically ill children with mechanical ventilation, the ill children's demographic questionnaire, the parents' demographic questionnaire, and the parental ability to care for critically ill children with mechanical ventilation questionnaire with reliability as .82. The implementation and data collection were conducted from November, 2018 to January, 2019. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, and independent *t*-test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean score of ability to care for critically ill children with mechanical ventilation than that of the control group ($t = 20.070, p < .001$).

This research suggests that pediatric nurse should apply the participation promoting program in caring for critically ill children with mechanical ventilation for promoting confidence of care among parents of ill children with mechanical ventilation in order to enhance their ability to care for critically ill children with mechanical ventilation.

Keywords: Parental participation, Ability to care, Critically ill children

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีเด็กป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งภาวะเจ็บป่วยวิกฤตถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต จากรายงานแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) มีผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 165,848 คน โดยเข้ารับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเด็กทั้งหมด และจากรายงานข้อมูลตัวชี้วัดในหน่วยงาน (key performance index [KPI]) ของโรงพยาบาล ชลบุรี พบว่า ในช่วงปีงบประมาณ 2557-2559 มีเด็กป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม จำนวน 1,343 คน โดยเป็นเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด (กลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลชลบุรี, 2560)

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในเด็กแรกเกิดถึงอายุ 6 ปี ซึ่งเป็นวัยเด็กเล็กที่พึ่งพาตนเองได้น้อย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) การรักษาที่เร่งด่วนและสามารถช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตแก่เด็กป่วย คือ การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ แต่การที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมทำให้ผู้ปกครองสูญเสียบทบาทความเป็นบิดามารดา เช่น ไม่สามารถเข้าเยี่ยมเด็กป่วยได้ตามความต้องการเนื่องจากถูกจำกัดเวลาเยี่ยม ไม่สามารถอยู่ลอบเฝ้าและปกป้องเด็กป่วยจากกิจกรรมการรักษาที่มีความเจ็บปวดได้นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กป่วยมีเครื่องมือและอุปกรณ์ติดตามร่างกายที่บิดามารดาไม่คุ้นเคย และรู้สึกว่าจะดูแล

เด็กป่วยอย่างไร ทำให้บิดามารดาไม่มั่นใจในบทบาทของตนเอง (เกศรา เสงงาม, 2551; ไกรวรร กาทันท์, ศรีพรรณ กันธวัง, และอุษณีย์ จินตะเวช, 2553; ณัฐิกา ปทุมอารีย์, 2551; Youngblut, Brooten, & Kuluz, 2005)

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ การที่บิดามารดามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้เด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ซึ่งตามแนวคิดของ Schepp (1995) ได้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ (parent actual participation) และการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติ (parent preferred participation) ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนี้ประกอบด้วยกิจกรรมในการดูแลเด็กป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล ด้านกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองกับบุคลากรทางการพยาบาล และด้านกิจกรรมการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ปกครองมีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยทั้ง 4 ด้านดังกล่าว อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีความต้องการมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำและด้านกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล (ปารณา จำปาแถม, 2554; Phueng, Pongiatuawit, & Chaimongkol, 2016) และพบการศึกษาที่มีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครองในเด็กป่วยโรคต่างๆ ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (สุริศา ล่ามช้าง, อรพินท์ จันทรปัทมกุล, จิตมา สุขเลิศตระกูล, และปรีชา ล่ามช้าง, 2552) โรคหอบหืด (ศิริวรรณ หุ่นท่าไม้, นุจรี ไชยมงคล, และยุณี

พงศ์จตุรวิทย์, 2553) และภาวะชักจากไข้สูง (บงกช นิลอ่อน, 2556) ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครองนั้นจะใช้ระยะเวลา 4 วัน เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับบิดามารดาหรือผู้ปกครองที่จะได้เรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลเด็กป่วยจนสามารถปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้มีพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลเด็กป่วย แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเน้นให้ผู้ปกครองได้ปฏิบัติจริง มีการทบทวน และการสาธิตย้อนกลับ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กป่วยวิกฤตได้อย่างมั่นใจ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยเพิ่มทักษะความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแก่เด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้เด็กป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของเด็กป่วยวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

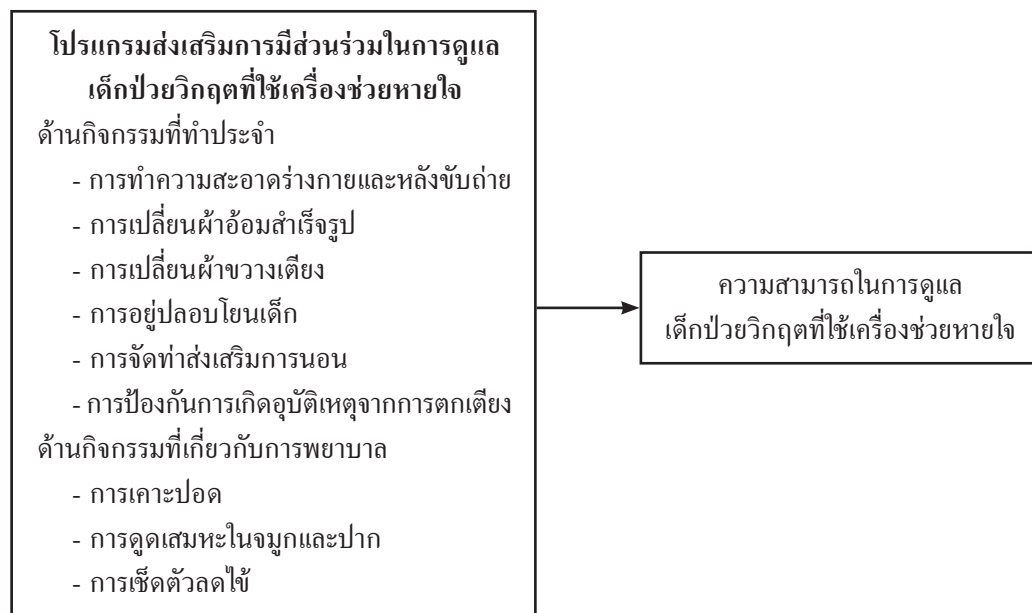
เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) ซึ่งกล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองต้องการที่จะปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติได้จริงในกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ด้านกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองกับบุคลากรทางการพยาบาล และด้านกิจกรรมการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย โดยการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล 2 ด้าน คือ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ซึ่งประกอบด้วยการทำความสะอาดร่างกายและหลังขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป การเปลี่ยนผ้าขางเตียง การอยู่ปอดโยนเด็ก การจัดทำส่งเสริมการนอน และการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการตกเตียง และด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยการเคาะปอด การดูดเสมหะในจมูกและปาก และการเช็ดตัวลดไข้ ทั้งนี้ การส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลดังกล่าว ผู้วิจัยใช้วิธีการสอนโดยใช้คู่มือเป็นสื่อประกอบ รวมทั้งการสอนแบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับ เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองเกิดทักษะในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลต่อความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็กป่วยวิกฤตอายุ 1-6 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์ 2) เป็นบิดา/มารดาหรือผู้ดูแลหลักที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 5) ดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 48 ชั่วโมง 6) ดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่มีอาการคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ชักเกร็ง ภาวะช็อก ภาวะลมรั่ว

ในช่องเยื่อหุ้มปอด และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม (จากการย้ายที่อยู่ เปลี่ยนผู้ปกครอง เป็นต้น) 2) เด็กป่วยวิกฤตมีภาวะแทรกซ้อนที่ฉุกเฉินหรือรุนแรง เช่น ภาวะช็อก ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการของ Polit and Beck (2006) ที่ระบุว่า การวิจัยกึ่งทดลองที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มไม่ควรน้อยกว่า 10 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 15 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 15 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ของ Schepp (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ และด้านกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล ซึ่งดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีแบบแผน จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) ใช้เวลา 30-45 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ สอนและสาธิตกับเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เกี่ยวกับการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (การทำความสะอาดร่างกายและหลังขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป การเปลี่ยนผ้าขางเตียง การอยู่ปอดโยนเด็ก การจัดทำส่งเสริมการนอน และการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการตกเตียง) และด้านกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล (การเคาะปอด การดูดเสมหะในจมูกและปาก และการเช็ดตัวลดไข้) รวมทั้งสอนการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของเด็กป่วยวิกฤต เช่น หอบเหนื่อย หน้าอกบวม กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

ครั้งที่ 2 (วันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) ใช้เวลา 30-45 นาที โดยให้ผู้ปกครองสาธิตย้อนกลับกับเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลทั้ง 2 ด้าน ผู้วิจัยดูแลและช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมพูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและเป็นกันเอง เพื่อลด

ความวิตกกังวลในขณะปฏิบัติกิจกรรม กล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อสร้างกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ครั้งที่ 3 (วันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) ใช้เวลา 30-45 นาที โดยให้ผู้ปกครองสาธิตย้อนกลับกับเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลทั้ง 2 ด้าน ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมในขณะปฏิบัติให้กำลังใจ กล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง พูดคุยสอบถามผู้ปกครองหลังการปฏิบัติ เพื่อประเมินทักษะการดูแล และให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย

ครั้งที่ 4 (วันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) ใช้เวลา 30-45 นาที โดยให้ผู้ปกครองปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทั้ง 2 ด้าน แก่เด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมในขณะปฏิบัติ กล่าวชมเชยหลังการปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

1.2 แผนการสอนรายบุคคล เรื่องการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย 2 ด้าน คือ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ และด้านกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล

1.3 คู่มือการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เรื่อง ทำอย่างไร เมื่อลูกใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย 1) ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายและหลังขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป การเปลี่ยนผ้าขางเตียง การอยู่ปอดโยนเด็ก การจัดทำส่งเสริมการนอน และการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการตกเตียง และ 2) ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล ได้แก่ การเคาะปอด การดูดเสมหะในจมูกและปาก และการเช็ดตัวลดไข้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ จำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน ลำดับการเกิด การวินิจฉัยโรค และสิทธิการรักษาพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์กับเด็กป่วย จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ปกครอง ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่มีภาวะชักจากไข้สูง ของบงกช นิลอ่อน (2556) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ จำนวน 10 ข้อ และด้านกิจกรรมเกี่ยวกับการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ทำได้น้อย ทำได้ปานกลาง ทำได้ดี และทำได้ดีมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึงมีความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึงมีความสามารถในการดูแลเด็กป่วยฯ มาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วย

หายใจของผู้ปกครอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล (2 คน) และพยาบาลได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตฯ ไปทดลองใช้กับผู้ปกครองที่ดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาชได้ค่าเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 04-07-2561 วันที่ 24 สิงหาคม 2561) และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ 54/2561 วันที่ 21 พฤศจิกายน 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี เข้าพบหัวหน้ากุมารแพทย์ประจำหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจง

วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยในวันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วย และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โดยได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยไม่มีคู่มือและเอกสารประกอบ

4. ในวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ให้ตอบแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ปกครอง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที และมอบคู่มือการดูแลเด็กป่วยวิกฤตฯ

5. ในวันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วย และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

6. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้แก่กลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โดยจัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ในช่วงวันที่ 1-4 ของการเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาล ตามแผนการสอนรายบุคคล ร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (หลังกิจกรรมครั้งที่ 1 ได้มอบคู่มือการดูแลเด็กป่วยวิกฤตฯ เพื่อใช้ในการทบทวนกิจกรรมการดูแล)

7. ในวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ให้ตอบแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ปกครอง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วย และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.30 มีอายุเฉลี่ย 1.13 ปี (*SD* = .35) มีจำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 2 คนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 60 เป็นโรคระบบ

ทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 66.70 และมีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 93.30 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.30 มีอายุเฉลี่ย 1.33 ปี ($SD = .49$) มีจำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 2 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 60 เป็นโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 86.70

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย 31.87 ปี ($SD = 4.12$) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีอาชีพพนักงานบริษัท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 53.30 และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กป่วยโดยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.30 มีอายุเฉลี่ย 32.60 ปี ($SD = 3.80$) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนใหญ่มีการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 73.30 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 มีอาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 66.70 เป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 66.70 และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กป่วยโดยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 93.30 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.070, p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.900, p < .001$ และ $t = 19.670, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ความสามารถในการดูแล เด็กป่วยวิกฤตฯ	กลุ่มทดลอง (n = 15) กลุ่มควบคุม (n = 15)				t	p
	M	SD	M	SD		
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	36.80	2.04	17.67	3.60	17.900	< .001
ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล	37.87	2.07	19.00	3.09	19.670	< .001
โดยรวม	74.67	3.81	36.67	6.26	20.070	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลเด็กป่วย วิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย วิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแล เด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ Schep (1995) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้เกิดการดูแล ร่วมกันระหว่างผู้ปกครองกับบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เตรียม ความพร้อมของผู้ปกครองเพื่อเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลเด็กป่วยวิกฤต โดยเริ่มจากการสร้าง สัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้แจ้งถึง ความต้องการการช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการประเมิน ความพร้อมของผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองมีความสนใจ และรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยวิกฤต จากนั้นผู้วิจัยสอนและสาธิตทักษะการมีส่วนร่วม ในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2 ด้าน คือ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ โดยสอนทักษะ การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของ เด็กป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายและ หลังขั้วถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป การเปลี่ยน ผ้าวางเตียง การอยู่ปอดโยนเด็ก การจัดท่าส่งเสริม การนอน และการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจาก การตกเตียง เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองคงบทบาท ความเป็นบิดามารดาไว้ และด้านกิจกรรมที่เกี่ยวกับการ พยาบาล โดยสอนและสาธิตการดูแลเด็กป่วย วิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การเคาะปอด การดูดเสมหะในจมูกและปาก และการเช็ดตัวลดไข้

เพื่อให้ผู้ปกครองได้มีทักษะและความมั่นใจใน การดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้ แผนการสอนรายบุคคล เรื่อง การส่งเสริมการมี ส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วย หายใจ ร่วมกับการใช้คู่มือ เรื่อง ทำอย่างไร เมื่อลูก ใส่ท่อช่วยหายใจ และมีการให้ผู้ปกครองสาธิต ย้อนกลับในวันที่ 2 และ 3 ของโปรแกรม อีกทั้ง ผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือตลอดการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจใน ช่วงแรก นอกจากนี้ ผู้ปกครองยังได้ฝึกทักษะ การดูแล และได้ทบทวนกิจกรรมการดูแลเด็กป่วย วิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยตนเอง รวมทั้ง ผู้วิจัยมีการพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง กล่าวชมเชย ให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง และเปิดโอกาสให้ ชักถาม ซึ่งช่วยให้ผู้ปกครองเกิดทักษะการดูแล และ สร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองใน การดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอีกด้วย ดังนั้น หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ปกครองจึงเกิดความมั่นใจในการดูแลเด็กป่วย วิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้มีความสามารถ ในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับที่พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา (2555) กล่าวว่า การให้บิดามารดา ผู้ปกครอง หรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมใน การดูแลเด็กป่วย สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพใน การดูแล และคงบทบาทของการเป็นบิดามารดาได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของบงกช นิลอ่อน (2556) ที่พบว่า มารดากลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดา ในการดูแลบุตรที่มีภาวะชักจากไข้สูง มีความสามารถ ในการดูแลบุตรที่มีภาวะชักจากไข้สูงสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา

ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ปกครองมีความสามารถและมีความมั่นใจในการดูแลเด็กป่วยมากขึ้น (สรณี อักษรกวน, 2551; Pongjaturawit, Chontawan, Yenbut, Sripichyakan, & Harrigan, 2006; Schepp, 1995) ซึ่งทักษะในการดูแลเด็กป่วยนี้จะคงอยู่กับผู้ปกครอง และสามารถให้การดูแลเด็กเมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วยขึ้นอีกได้ (สรณี อักษรกวน, 2551)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลเด็กควรนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ไปใช้ในการเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ปกครองเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ดียิ่งขึ้น ทั้งด้านกิจกรรมที่ทำประจำ เช่น การทำความสะอาดร่างกายและหลังขับถ่าย การจัดทำส่งเสริมการนอน และด้านกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยประเมินความสามารถในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ปกครอง โดยใช้แบบสังเกตที่บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ปกครอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงตามที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล ด้านกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ระหว่างผู้ปกครองกับบุคลากรทางการพยาบาล และด้านกิจกรรมการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย และศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มเด็กโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคสมองพิการ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ช่วงแผนพัฒนาสุขภาพเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลชลบุรี. (2560). สถิติผู้ป่วยเด็ก หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี. ชลบุรี: ผู้แต่ง.
- เกศรา เสงงาม. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของระบบหายใจ. สงขลา: อัลลายด์เพรส.
- ไกรวรร กานันท์, ศรีพรรณ กันธวัง, และอุษณีย์ จินตะเวช. (2553). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤต ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 37(3), 62-75.
- ณัฐกา ปทุมอารีย์. (2551). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บงกช นิลอ่อน. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาต่อความสามารถในการดูแลบุตรที่มีภาวะชักจากไข้สูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปวราณา จำปาแถม. (2554). การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต. *วารสารสาธารณสุขขอนแก่น*, 23(263), 27-29.

- พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒน์. (บ.ก.). (2555). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 3. นนทบุรี: ยูทธรินทร์การพิมพ์.*
- ศิริวรรณ หุ่นท่าไม้, นุจรี ไชยมงคล, และยุณี พงศ์ตุรวิทย์. (2553). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(1), 44-55.
- สรณี อักษรกวน. (2551). ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษาลำไส้ของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวและความพึงพอใจในบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 20(1), 81-95.
- สุธิศา ลำมช้าง, อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล, จิตติมา สุขเลิศตระกูล, และปรีชา ลำมช้าง. (2552). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียด ความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 39(3), 233-244.
- Phuong, D. T., Pongjaturawit, Y., & Chaimongkol, N. (2016). A comparison between actual and preferred participation in the care among parents of hospitalized children in Vietnam. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 11(4), 137-143.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Pongjaturawit, Y., Chontawan, R., Yenbut, J., Sripichyakan, K., & Harrigan, R. C. (2006). Parent participation in the care of hospitalized young children. *Thai Journal of Nursing Research*, 10(1), 18-28.
- Schepp, K. G. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children*. Washington, DC: National Academy Press.
- Youngblut, J. M., Brooten, D., & Kuluz, J. (2005). Parents' reactions at 24-48 hrs after a preschool child's head injury. *Pediatric Critical Care Medicine*, 6(5), 550-556. doi:10.1097/01.pcc.0000163283.27419.e9

ผลของการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ
ต่อทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด
ของนักศึกษาพยาบาล

The Effects of Using Mobile Phone Application
on Health Assessment Skill for Postpartum Mother
among Nursing Students

กรรณิการ์ พรงาม, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Kannikar Pornngam, M.N.S. (Midwifery)¹

กฤษณี สุวรรณรัตน์, พย.ม. (การผดุงครรภ์)²

วรัญญา ชลธารักษ์ปนาท, พย.ม. (การผดุงครรภ์)³

Kritsanee Suwannarat, M.N.S. (Midwifery)²

Waranya Chonlatankampanat, M.N.S. (Midwifery)³

Received: August 25, 2020 Revised: May 3, 2021 Accepted: May 6, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 48 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด มีความเชื่อมั่น .91 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t-test และ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,2} Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kannikar1@pnc.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

³ Registered Nurse, Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ระยะเวลาหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรนำแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือนี้มาเป็นสื่อการเรียนการสอนเรื่อง การประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด และใช้เตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติงานหรือนำมาใช้จริงในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ การประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of using mobile phone application on health assessment skill for postpartum mother among nursing students. The samples consisted of 48, 3rd-year nursing students who studied at Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, in an academic year of 2019 and were equally divided into the experimental group ($n = 24$) and the control group ($n = 24$). The research instruments included the mobile phone application, the questionnaire of general data, and the assessment form of health assessment skill for postpartum mother with reliability as .91. The implementation and data collection were conducted from October to December, 2019. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t -test, and two-way repeated measures ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni method.

The research results revealed that 1) at the post-test period and the 2-week follow-up period, the experimental group had statistically significant higher mean scores of health assessment skill for postpartum mother than those of the control group ($p < .001$); and 2) at the post-test period and the 2-week follow-up period, the experimental group had statistically significant higher mean scores of health assessment skill for postpartum mother than that of the pre-test period ($p < .001$).

This research suggests that nursing instructors should apply this mobile phone application as a media for learning and teaching health assessment for postpartum mother as well as for nursing practicum preparation or real situation of nursing practicum.

Keywords: Mobile phone application, Health assessment of postpartum mother, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน นวัตกรรมทางเทคโนโลยีมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วและได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก ทำให้เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำรงชีวิตด้านต่างๆ ของผู้คนจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษาที่มีการสร้างสรรค์แอปพลิเคชันเพื่อใช้ประกอบในการเรียนการสอนเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการนำแอปพลิเคชันรูปแบบต่างๆ มาช่วยส่งเสริมการเรียนการสอนหรือสร้างองค์ความรู้แก่ผู้เรียนจากการทบทวนวรรณกรรมด้านการศึกษ พบว่าได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันมาเป็นเครื่องมือหรือสื่อในการเรียนการสอนมากขึ้น เพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษาให้ดีขึ้น (Valk, Rashid, & Elder, 2010) ทั้งด้านผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและด้านทักษะการเรียนรู้ของผู้เรียน พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดีจากการใช้แอปพลิเคชัน สำหรับด้านผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ได้มีการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้แอปพลิเคชันที่ใส่นี้อา ข้อความ ภาพ สีสันที่น่าสนใจ เป็นสื่อในการเรียนการสอนในชั้นเรียน (ติมาพร ศรีเวียง, วิวัฒน์ มีสุวรรณ, และพิชญาภา ขวงสร้อย, 2560) มีเกมแบบฝึกหัดให้ฝึกทำ มีการผสมผสานกับระบบมัลติมีเดีย มีการแสดงภาพและเสียง โดยให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเองและทำแบบฝึกหัดระหว่างเรียนในแต่ละหน่วยที่ได้เรียน

(รมณียา สุธรรมจรรยา, 2558) ใช้แอปพลิเคชันที่มีภาพ แสง สี เสียงที่น่าสนใจ ช่วยด้านการอ่านออกเสียงพูด เมื่อผู้เรียนกดภาพไมโครโฟนและพูดระบบจะแสดงคำพูดออกมาเป็นตัวอักษรเพื่อแสดงคำตอบ และเกมทายคำศัพท์ โดยระบบจะสุ่มคำศัพท์และจับเวลา และจะทำการเฉลยพร้อมรวมคะแนนที่ได้ถูกต้อง (รวีพร จรูญพันธ์เกษม, ดารณี ธัญญศิริ, พรพิมล เสมเจริญ, และณัฐกิตติ์ เจริญสุข, 2561) ซึ่งล้วนพบว่า ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาหลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียน และมีผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้แอปพลิเคชันในระดับมากถึงมากที่สุด (ติมาพร ศรีเวียง และคณะ, 2560; รมณียา สุธรรมจรรยา, 2558; รวีพร จรูญพันธ์เกษม และคณะ, 2561) ส่วนด้านทักษะการเรียนรู้ จากการใช้แอปพลิเคชันเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีการใช้แอปพลิเคชันที่แสดงภาพ สี เสียงที่ชัดเจน เข้าใจง่าย น่าสนใจ มีการตอบสนองทันที ผู้เรียนสามารถเปิดหน้าย้อนกลับได้ พบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชัน ผู้เรียนมีความรู้และทักษะเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้น (ปาจริย ตรินนท์ และคณะ, 2562) และการให้นักศึกษาพยาบาลใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการคำนวณและบริหารยาในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย พบว่า แอปพลิเคชันใช้งานได้ง่าย สะดวก สามารถลดเวลาในการเข้าถึงข้อมูลและ

ในการคำนวณหา สามารถเพิ่มความจดจำ ตลอดจนมีทักษะในการบริหารยาเพิ่มขึ้นตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล (ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, 2563) แอปพลิเคชันจึงช่วยเพิ่มความสามารถความมั่นใจในการปฏิบัติงานทางคลินิก ตลอดจนความรู้เชิงทฤษฎีของผู้เรียน และพัฒนาทัศนคติทางบวกและการรับรู้ที่ดีของการเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือได้ (Koohestani, Arabshahi, Fata, & Ahmadi, 2018) ทั้งนี้ การใช้งานแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือสามารถใช้งานได้ง่าย และยังสามารถพกพาไปใช้ในสถานที่ต่างๆ ได้ตลอดเวลา การใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือจึงมีความสะดวกกว่าการใช้งานบนคอมพิวเตอร์ การที่ผู้สอนนำแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือมาใช้กับผู้เรียน จึงนับว่าเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในการจัดการเรียนการสอน ช่วยให้ผู้สอนสามารถถ่ายทอดความรู้ไปยังผู้เรียนได้อย่างบรรลุผล

รายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2560 มีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด แบ่งออกเป็นภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เน้นให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ตั้งแต่การประเมินและวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา ทารก และครอบครัว และการพยาบาลมารดาทารกในระยะหลังคลอด โดยยึดหลักจริยธรรมและสิทธิมนุษยชน ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยในการเรียนการสอนภาคทฤษฎีที่ผ่านมา นักศึกษาได้เรียนเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด ผ่านกิจกรรมการสอนแบบบรรยายอย่างมีส่วนร่วม มีโจทย์สถานการณ์ให้นักศึกษาพยาบาล

ได้ฝึกประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด พบว่า นักศึกษาพยาบาลยังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลจากการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดได้ครบถ้วน และใช้เวลาในการประเมินค่อนข้างนาน ส่วนการเรียนการสอนภาคปฏิบัติได้จัดประสบการณ์ให้นักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติงานบนตึกสูติกรรมหลังคลอด และดูแลมารดาทารกหลังคลอดปกติ จากการที่ผู้วิจัยได้ประเมินการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลจากการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดค่อนข้างนานและยังได้ข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม ซึ่งเกิดจากการที่นักศึกษาพยาบาลยังขาดทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด และไม่มีเครื่องมือที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด ทำให้ประเมินได้ไม่ครอบคลุมและต้องใช้เวลาานาน ส่งผลให้ไม่สามารถวางแผนการพยาบาลมารดาหลังคลอดได้ครบถ้วน ตรงตามสภาพปัญหาที่มารดาหลังคลอดควรได้รับการดูแล รวมทั้งจากการศึกษาเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการของนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ยังรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการได้ไม่ครบถ้วนเช่นกัน (ชัชชาภรณ์ และชัยลักษณ์ บรรลิจิตกุล, 2556; ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล และลัดดา พลพทุธา, 2561) ซึ่งการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่ไม่ครบถ้วนอาจส่งผลต่อการดูแลผู้รับบริการในระยะยาวได้

จากข้อมูลปัญหาข้างต้น หากมีการพัฒนารูปแบบหรือสื่อการเรียนการสอนใหม่ ๆ สำหรับช่วยในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดแก่นักศึกษาพยาบาล จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แอปพลิเคชันเป็นอีก

เครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในการเรียนการสอน ที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถบรรลุผลในเรื่องที่เรียนได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน โดยนำนวัตกรรมแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือมาใช้ในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของนักศึกษาพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้น ซึ่งเหมาะสำหรับนักศึกษาที่ยังมีประสบการณ์ในการซักประวัติไม่มาก อาจทำให้ขาดการประเมินในหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง โดยแอปพลิเคชันจะช่วยจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ และช่วยกระตุ้นเตือนให้นักศึกษาไม่พลาดการประเมินข้อมูลที่สำคัญ ทำให้รวบรวมข้อมูลได้อย่างครอบคลุม ลดระยะเวลาในการประเมินได้ ซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีมาพัฒนางานด้านการศึกษา และด้านการพยาบาล ทั้งนี้ แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย ข้อความ ภาพ และรูปแบบการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดตามหลัก 13B ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินที่มีผู้นิยมใช้และมีหลักการประเมินที่จดจำได้ง่าย ครอบคลุมการประเมินสุขภาพ และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดได้อย่างเป็นองค์รวม โดยหลัก 13B ประกอบด้วย 1) Background (ภูมิหลังของมารดา) 2) Belief (ความเชื่อ) 3) Body condition (ภาวะร่างกายทั่วไป) 4) Body temperature and blood pressure (สัญญาณชีพ) 5) Breast and lactation (เต้านมและการหลั่งน้ำนม) 6) Belly and fundus (หน้าท้องและยอดมดลูก) 7) Bladder (กระเพาะปัสสาวะ) 8) Bleeding and lochia (เลือดและน้ำคาวปลา) 9) Bottom (ฝีเย็บและทวารหนัก) 10) Bowel movement (การทำงานของลำไส้) 11) Blues (ภาวะด้านจิตใจ) 12) Baby (บุตร) และ 13) Bonding (ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับบุตร)

(มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2559) ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความเข้าใจ เพิ่มทักษะในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดได้ โดยแต่ละหัวข้อการประเมินจะระบุรายละเอียดที่สำคัญด้วยข้อความที่กระชับ บางหัวข้อมีภาพที่สัมพันธ์กับข้อความ ทำให้ง่ายต่อการเลือกตอบ สามารถเพิ่มภาพและพิมพ์ข้อความสิ่งที่ประเมินได้ในช่องว่าง อีกทั้งแอปพลิเคชันยังแสดงผลสรุปสิ่งที่ผิดปกติทั้งหมดของมารดาหลังคลอดที่ประเมินได้ไว้ในหน้าสรุปผล และข้อมูลทั้งหมดสามารถบันทึกและส่งต่อให้อาจารย์ตรวจสอบได้ ซึ่งข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประเมินจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลนำไปสนับสนุนการวางแผนให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของมารดาหลังคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม

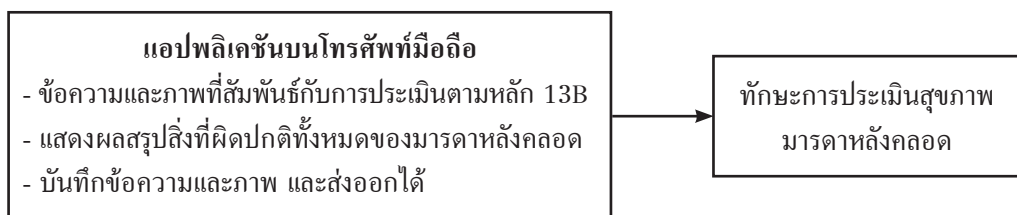
2. ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดสูงกว่า

ระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนานวัตกรรมแอปพลิเคชันมาใช้ในการเรียนการสอนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพบว่า ผู้เรียนที่ใช้แอปพลิเคชันเป็นสื่อในการเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและทักษะการเรียนรู้หลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือที่ประกอบด้วยการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด 13 หัวข้อ ได้แก่ 1) Background 2) Belief 3) Body condition 4) Body temperature and blood pressure 5) Breast and lactation 6) Belly and fundus 7) Bladder 8) Bleeding and lochia 9) Bottom 10) Bowel movement 11) Blues 12) Baby และ 13) Bonding โดยแอปพลิเคชันจะช่วยจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ และช่วยกระตุ้นเตือนให้นักศึกษา

ไม่พลาดการประเมินข้อมูลที่สำคัญ ทำให้รวบรวมข้อมูลได้อย่างครอบคลุม ระยะเวลาในการประเมินได้ โดยแต่ละหัวข้อมีการระบุรายละเอียดสำคัญที่ต้องประเมินด้วยข้อความที่กระชับ บางหัวข้อมีภาพที่สัมพันธ์กับข้อความ ทำให้ง่ายต่อการเลือกตอบ สามารถเพิ่มภาพและพิมพ์ข้อความสิ่งที่ประเมินได้ในช่องว่าง นอกจากนี้ แอปพลิเคชันยังแสดงผลสรุปสิ่งที่ผิดปกติทั้งหมดของมารดาหลังคลอดที่ประเมินได้ไว้ในหน้าสรุปผล ทำให้นักศึกษามีข้อมูลสนับสนุนสำหรับการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุม และข้อมูลทั้งหมดสามารถบันทึกและส่งต่อให้อาจารย์ตรวจสอบได้ ซึ่งแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือจะช่วยนักศึกษาในการฝึกทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดทั้ง 13 หัวข้อ โดยผู้วิจัยมีการประเมินทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของนักศึกษาโดยใช้แบบประเมินสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2562 ภาควิชาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 127 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผ่านการเขียนทฤษฎีรายบท “การพยาบาลมารดาหลังคลอด” โดยมีอาจารย์ผู้สอนคนเดียว 2) สอบผ่านรายบท “การพยาบาลมารดาหลังคลอด” 3) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต พร้อมในการใช้แอปพลิเคชัน 4) ไม่มีประสบการณ์การใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือจิตใจจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Burns and Grove (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 24 คน รวมจำนวน 48 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก แล้วให้กลุ่มตัวอย่างทำการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดครั้งที่ 1 (ระยะก่อนการทดลอง) ผ่านหุ่นจำลอง

สถานการณ์มารดาในระยะหลังคลอด (Sim Mom) ตามแนวทางที่เคยเรียนมา จากนั้นนำคะแนนทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดมาจับคู่ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่จับสลากสีเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าเป็นสีใดหมายถึงกลุ่มใด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในรูปแบบไฮบริดโมบายแอปพลิเคชัน (hybrid mobile application) รองรับระบบปฏิบัติการ iOS และ android โดยใช้ ionic framework เนื้อหาของแอปพลิเคชันเกี่ยวข้องกับการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดตามหลัก 13B ซึ่งประกอบด้วย 1) Background 2) Belief 3) Body condition 4) Body temperature and blood pressure 5) Breast and lactation 6) Belly and fundus 7) Bladder 8) Bleeding and lochia 9) Bottom 10) Bowel movement 11) Blues 12) Baby และ 13) Bonding (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2559) โดยแต่ละหัวข้อการประเมินมีการระบุรายละเอียดสำคัญที่ต้องประเมินด้วยข้อความที่กระชับ บางหัวข้อมีภาพที่สัมพันธ์กับข้อความ ทำให้ง่ายต่อการเลือกตอบ สามารถเพิ่มภาพและพิมพ์ข้อความสิ่งที่ประเมินได้ในช่องว่าง และแอปพลิเคชันสามารถแสดงผลสรุปสิ่งที่ผิดปกติทั้งหมดของมารดาหลังคลอดที่ประเมินได้ไว้ในหน้าสรุปผล และข้อมูลทั้งหมดสามารถบันทึกและส่งต่อให้อาจารย์ตรวจสอบได้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุและ

เพศ จำนวนทั้งสิ้น 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 13 หัวข้อ ได้แก่ 1) Background จำนวน 6 ข้อ 2) Belief จำนวน 1 ข้อ 3) Body condition จำนวน 8 ข้อ 4) Body temperature and blood pressure จำนวน 1 ข้อ 5) Breast and lactation จำนวน 5 ข้อ 6) Belly and fundus จำนวน 5 ข้อ 7) Bladder จำนวน 2 ข้อ 8) Bleeding and lochia จำนวน 1 ข้อ 9) Bottom จำนวน 5 ข้อ 10) Bowel movement จำนวน 3 ข้อ 11) Blues จำนวน 2 ข้อ 12) Baby จำนวน 13 ข้อ และ 13) Bonding จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 54 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ และปฏิบัติสมบูรณ์ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-108 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดมาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลทางสูติกรรม (3 คน) และอาจารย์ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (2 คน) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบประเมินทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาลทางสูติกรรม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .64 และค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้

กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2562 ภาคการศึกษาปลาย วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 048 วันที่ 27 มิถุนายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และให้ทบทวนเอกสารประกอบการสอน เรื่อง “การประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดตามหลัก 13B” และฝึกทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดกับหุ่นจำลองสถานการณ์มารดาในระยะหลังคลอด ให้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

3. ผู้วิจัยประเมินทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของกลุ่มควบคุม จากการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดครั้งที่ 2 (ระยะหลังการทดลองทันที) ผ่านหุ่นจำลองสถานการณ์มารดาในระยะหลังคลอด (สถานการณ์คู่ขนานกับครั้งที่ 1)

โดยใช้เวลาคนละประมาณ 15 นาที จากนั้นให้นำหลักการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดตามหลัก 13B มาใช้ในขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นเวลา 2 สัปดาห์

4. ผู้วิจัยประเมินทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของกลุ่มควบคุม จากการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดครั้งที่ 3 (ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์) ผ่านหุ่นจำลองสถานการณ์มารดาในระยะหลังคลอด (สถานการณ์คู่ขนานกับครั้งที่ 2) โดยใช้เวลาคนละประมาณ 15 นาที

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และชี้แจงรายละเอียดการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือสำหรับการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด และฝึกทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดกับหุ่นจำลองสถานการณ์มารดาในระยะหลังคลอด ผ่านการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ โดยใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

6. ผู้วิจัยประเมินทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลอง จากการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดครั้งที่ 2 (ระยะหลังการทดลองทันที) กับหุ่นจำลองสถานการณ์มารดาในระยะหลังคลอด (สถานการณ์คู่ขนานกับครั้งที่ 1) โดยใช้เวลาคนละประมาณ 15 นาที จากนั้นให้นำแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือมาใช้ในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดในขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย เป็นเวลา 2 สัปดาห์

7. ผู้วิจัยประเมินทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลอง จากการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดครั้งที่ 3 (ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์) ผ่านหุ่นจำลองสถานการณ์มารดาในระยะหลังคลอด (สถานการณ์คู่ขนานกับครั้งที่ 2) โดยใช้เวลาคนละประมาณ 15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม

ข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 เมื่อเสร็จสิ้นระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมได้เรียนรู้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 และมีอายุอยู่ในช่วง 19–30 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 21.04 ปี ($SD = 2.01$) ส่วนกลุ่มควบคุมทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 และมีอายุอยู่ในช่วง 19–35 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 21.88 ปี ($SD = 3.89$)

2. ทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดเท่ากับ 30.58 ($SD = 5.87$), 70.25 ($SD = 18.60$) และ 88.17 ($SD = 15.71$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดเท่ากับ 30 ($SD = 6.83$), 46 ($SD = 12.71$)

และ 41.21 ($SD = 8.81$) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบทักษะการประเมินสุขภาพ
มารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
ระยะก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับ

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมิน
สุขภาพมารดาหลังคลอดไม่แตกต่างกัน ดังแสดง
ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง
กับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	24	30.58	5.87	.317	.357
กลุ่มควบคุม	24	30.00	6.83		

4. การเปรียบเทียบทักษะการประเมินสุขภาพ
มารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง
ทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่า วิธีการ
ทดลองที่แตกต่างกัน และระยะเวลาของการทดลอง
ที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมิน
สุขภาพมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < .001$) โดยระยะหลังการทดลองทันที และ
ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด
สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < .001$) และระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง
การทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะ
การประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดแต่ละระยะ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด
ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	20,616.17	10	20,616.17	102.070	< .001
ความคลาดเคลื่อน	9,291.32	46	201.99		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	32,013.35	2	16,006.67	125.780	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	12,905.68	2	6,452.84	50.700	< .001
ความคลาดเคลื่อน	11,708.31	92	127.26		

5. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด ระยะหลังการทดลองทันที

สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ สูงกว่าระยะหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

ระยะเวลาของการทดลอง	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองทันที	ติดตามผล 2 สัปดาห์
ก่อนการทดลอง	30.58	-	39.67**	57.59**
หลังการทดลองทันที	70.25	-	-	17.92*
ติดตามผล 2 สัปดาห์	88.17	-	-	-

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

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติและได้ใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด ซึ่งนอกจากแอปพลิเคชันจะช่วยจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบแล้ว ยังช่วยกระตุ้นเตือนให้นักศึกษาไม่พลาดการประเมินข้อมูลที่สำคัญ ทำให้รวบรวมข้อมูลได้อย่างครอบคลุม ลดระยะเวลาในการประเมินได้ ช่วยให้เกิดการจดจำ มีความเข้าใจ

และเกิดทักษะตามมา โดยภายในแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือประกอบด้วยข้อความและภาพที่ช่วยให้จดจำและเข้าใจหลักการสำคัญเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดตามหลัก 13B ซึ่งได้แก่ 1) Background ประเมินเกี่ยวกับประวัติภูมิหลัง ประวัติทางสูติกรรมของมารดา 2) Belief ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดที่มารดานำไปดูแลตนเองและทารกหลังคลอด 3) Body condition ประเมินสภาพร่างกายทั่วไปหลังคลอด 4) Body temperature and blood pressure ประเมินสัญญาณชีพ ทั้งอุณหภูมิกาย ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต 5) Breast and lactation ประเมินลักษณะเต้านม หัวนม ลานนม และการหลั่งน้ำนม 6) Belly and fundus ประเมินลักษณะหน้าท้อง ยอดมดลูก และการหดตัวของมดลูก 7) Bladder ประเมิน

การจับถ่ายปัสสาวะ 8) Bleeding and lochia ประเมินลักษณะเลือดและน้ำคาวปลาที่ออกมา 9) Bottom ประเมินลักษณะฝีเย็บและทวารหนัก 10) Bowel movement ประเมินอาการท้องอืดและการขับถ่ายอุจจาระ 11) Blues ประเมินภาวะด้านจิตใจ อารมณ์หลังคลอด 12) Baby ประเมินลักษณะร่างกายทารกหลังคลอด และ 13) Bonding ประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก รวมทั้งสัมพันธภาพในครอบครัว (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2559) ซึ่งหลัก 13B เป็นหลักการประเมินที่จดจำได้ง่าย โดยแต่ละหัวข้อการประเมินมีการระบุรายละเอียดสำคัญที่ต้องประเมินด้วยข้อความที่กระชับ บางหัวข้อมีภาพที่สัมพันธ์กับข้อความทำให้ง่ายต่อการเลือกตอบ สามารถเพิ่มภาพและพิมพ์ข้อความสิ่งที่ประเมินได้ในช่องว่าง มีหน้าแสดงผลสรุปสิ่งที่ผิดปกติทั้งหมดของมารดาหลังคลอดที่ประเมินได้ และข้อมูลทั้งหมดสามารถบันทึกและส่งต่อให้อาจารย์ตรวจสอบได้ เมื่อนำมาใช้จะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มทดลองและมารดาหลังคลอด โดยกลุ่มทดลองเกิดทักษะในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดได้อย่างเป็นองค์รวมและครอบคลุม หากมีการนำข้อมูลที่ประเมินได้มาวางแผนกิจกรรมการพยาบาลต่อไป จะทำให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลช่วยเหลือได้ตรงตามปัญหาและครอบคลุมด้วยเช่นกัน

สำหรับการใช้งานแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ สามารถใช้งานได้ค่อนข้างง่าย ไม่ซับซ้อน ภายหลังจากติดตั้งแอปพลิเคชันแล้ว กลุ่มทดลองสามารถใช้งานได้ทันทีทั้งในขณะที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตและไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต ซึ่งแอปพลิเคชันเป็นเครื่องมือที่ช่วยอำนวยความสะดวกในกระบวนการเรียนการสอน และช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี (Valk et al., 2010) เมื่อนำเนื้อหาการประเมินสุขภาพมารดา

หลังคลอดตามหลัก 13B มาบรรจุในแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือและให้กลุ่มทดลองได้ทดลองใช้และใช้งานแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดในสถานการณ์จริง ขณะฝึกปฏิบัติงานบนตึกสูติกรรมหลังคลอดในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ทำให้กลุ่มทดลองสามารถเข้าถึงเนื้อหาข้อมูลการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดได้ง่าย ช่วยเพิ่มความจำและความเข้าใจในข้อมูลสำคัญที่ต้องประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด ทำให้การประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดเป็นไปได้อย่าง กลุ่มทดลองจึงสามารถบริหารจัดการเวลาในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดได้ในเวลาที่จำกัด ได้ข้อมูลครบถ้วนและครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้เรียนที่ใช้แอปพลิเคชันมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาหลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียน (ติมาพร ศรีเวียง และคณะ, 2560; รมณียา สุธรรมจรรยา, 2558; รวิพร จรูญพันธ์เกษม และคณะ, 2561; Chang, Wu, Chang, Tseng, & Wang, 2021) นอกจากนี้ แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือยังช่วยพัฒนาความสามารถ ความมั่นใจในการปฏิบัติงานทางคลินิก รวมทั้งความรู้เชิงทฤษฎีของผู้เรียนด้วย (Koohestani et al., 2018)

จากการที่กลุ่มทดลองได้ใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดในสถานการณ์จริง เป็นการช่วยเพิ่มพูนทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดให้มากขึ้น เพราะการที่กลุ่มทดลองมีประสบการณ์ตรงจากการได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง จะช่วยให้มีความเข้าใจสูงและเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 70 (Masters, 2013) จึงส่งผลให้มีทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมและมากกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษา

ที่พบว่า หลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลที่ใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการบริหารยาโดปามีนในขณะที่ฝึกปฏิบัติงานบนห่อผู้ป่วย มีการรับรู้ทักษะการบริหารยาโดปามีนเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์ทักษะการบริหารยาโดปามีนระดับมากที่สุด และมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการบริหารยาโดปามีนในระดับมากที่สุดด้วย (ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang et al. (2021) ที่พบว่า หลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ใช้เทคโนโลยีแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีทักษะทางการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim, Shin, Lee, Kang, and Bartlett (2017) ที่พบว่า หลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกที่มีการอุดตันของทางเดินหายใจผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ มีคะแนนทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลทารกที่มีการอุดตันของทางเดินหายใจมากกว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim and Suh (2018) ที่พบว่า หลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้ใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ มีความรู้เกี่ยวกับทักษะการพยาบาลในคลินิก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล และสมรรถนะด้านทักษะการพยาบาลสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 อาจารย์พยาบาลควรนำแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือนี้มาปรับใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน โดยใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนภาคทฤษฎีในห้องเรียนเรื่อง การประเมินสุขภาพ

มารดาหลังคลอด และใช้ในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกภาคปฏิบัติ หรือนำมาใช้จริงในการฝึกภาคปฏิบัติบนห่อผู้ป่วย เพื่อรวบรวมข้อมูลของมารดาหลังคลอดและนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

1.2 อาจารย์พยาบาลควรเพิ่มเวลาให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด เป็นเวลามากกว่า 2 ชั่วโมง โดยใช้ชั่วโมงเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ชั่วโมง self-study หรือช่วงเวลาวางตามต้องการที่ไม่กระทบต่อชั่วโมงเรียนหลัก เพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจและความคล่องแคล่วในการใช้งานแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือมากขึ้น และควรให้ผู้เรียนประเมินผลการเรียนรู้ของตนเอง เช่น ความรู้ความเข้าใจในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด ทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยศึกษาในนักศึกษาที่ยังไม่ผ่านการเรียนการสอนภาคทฤษฎี เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนตามปกติร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงการสอนตามปกติ

2.2 ควรมีการศึกษาค้นคว้าผลของการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อตัวแปรตามอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความพึงพอใจ ระยะเวลาที่ใช้ ความครบถ้วนในการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์

มือถือจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ชันนาฏ ฌ นคร, และรัชฎลักษณ์ บรรลิจิตกุล. (2556). ความสามารถของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ในการดูแลผู้รับบริการที่มีบาดแผล ในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน. *วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย*, 6(1), 34–47.
- ติมาพร ศรีเวียง, วิวัฒน์ มีสุวรรณ, และพิชญภา ยวงสร้อย. (2560). การพัฒนาแอปพลิเคชัน บนคอมพิวเตอร์แท็บเล็ต เรื่อง อาเซียนศึกษา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 19(1), 231–238.
- ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล, และลัดดา พลพุทธา. (2561). การใช้กระบวนการพยาบาลในการฝึก ปฏิบัติงานบนคลินิก ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, 8(2), 76–88.
- ปาจริย์ ตรินนท์, สำเร็จ เทียนทอง, ชีราภรณ์ บุญล้อม, ชินท์ฉัตร วันชัย, ชลธิชา บุญบรรจง, ญาสุมินทร์ พลเทพ, ... ดนัย ผลสะอาด. (2562). ผลของการใช้สื่อการเรียนรู้ แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 98–105.
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (บ.ก.). (2559). *การพยาบาล สูติศาสตร์ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 13). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

- ยศพล เหลืองโสมนภา, พีระเดช ส้ารวมรัมย์, ผกามาศ พิมพ์ธารา, ชันวา มิกอ, ดวงประเสริฐ ประสงค์, ธิดาพร กลางใจ, และณัฐสุดา สุขกลีบ. (2563). ผลของการใช้แอปพลิเคชันบน โทรศัพท์มือถือต่อการเพิ่มทักษะการบริหาร ยาโดปามีนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 37(2), 134–143.
- รมณียา สุธรรมจรรยา. (2558). *ผลการใช้แอปพลิเคชัน สำหรับสอนคำศัพท์ภาษาอังกฤษบนแท็บเล็ต วิชาภาษาอังกฤษสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 2 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาราชบุรี เขต 2* (วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัย ศิลปากร.
- รวีพร จรูญพันธ์เกษม, ดารณี ัญญศิริ, พรพิมล เสมเจริญ, และณัฐกิตติ์ เจริญสุข. (2561). การพัฒนารูปแบบการสอนโดยอาศัย แอปพลิเคชันการอ่านออกเสียงด้วยระบบรู้จำ เสียงพูด และเกมทายคำศัพท์ภาษาอังกฤษ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ*, 4(1), 56–68.
- Chang, H.-Y., Wu, H.-F., Chang, Y.-C., Tseng, Y.-S., & Wang, Y.-C. (2021). *The effects of a virtual simulation-based, mobile technology application on nursing students' learning achievement and cognitive load: Randomised controlled trial*. Retrieved from file:///C:/Users/Asus/ Downloads/1-s2.0-S0020748921000912. pdf

- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Kim, H., & Suh, E. E. (2018). The effects of an interactive nursing skills mobile application on nursing students' knowledge, self-efficacy, and skills performance: A randomized controlled trial. *Asian Nursing Research*, 12(1), 17–25. doi:10.1016/j.anr.2018.01.001
- Kim, S.-J., Shin, H., Lee, J., Kang, S., & Bartlett, R. (2017). A smartphone application to educate undergraduate nursing students about providing care for infant airway obstruction. *Nurse Education Today*, 48, 145–152. doi:10.1016/j.nedt.2016.10.006
- Koohestani, H. R., Arabshahi, S. K. S., Fata, L., & Ahmadi, F. (2018). The educational effects of mobile learning on students of medical sciences: A systematic review in experimental studies. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 6(2), 58–69.
- Masters, K. (2013). Edgar dale's pyramid of learning in medical education: A literature review. *Medical Teacher*, 35(11), e1584–e1593. doi:10.3109/0142159X.2013.800636
- Valk, J.-H., Rashid, A. T., & Elder, L. (2010). Using mobile phones to improve educational outcomes: An analysis of evidence from Asia. *International Review of Research in Open and Distance Learning*, 11(1), 117–140. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ881581.pdf>

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ โดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

A Development of Interprofessional Education Model by Home Visit in Patients with Chronic Diseases

รัชนี ผิวฟ่อง, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Ratchanee Piwpong, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

อิสยา จันทร์วิทยานุชิต, วท.ม. (จุลชีววิทยา) ²

มยุรี เก่งเกตุ, ปร.ด. (พยาธิวิทยาคลินิก) ³

Isaya Janwithayanuchita, M.Sc. (Microbiology) ² Mayuree Kengkatea, Ph.D. (Clinical Pathology) ³

ธีรวุฒิ พงศ์เศรษฐไพศาล, ภ.บ. ⁴ กฤตวรรณ สาหรัย, ปร.ด. (นโยบายและการบริหารงานสวัสดิการสังคม) ⁵

Teerawut Pongsetpisan, B.Sc. (Pharm) ⁴ Kittawan Sarai, Ph.D. (Social Welfare Administration) ⁵

รุ่งเพชร สงวนพงษ์, ค.ด. (อุดมศึกษา) ⁶

Rungpetch Sanguanpong, Ph.D. (Higher Education) ⁶

จิรัสดา ลิ้นธุศิริ, ปร.ด. (กีฏวิทยาและสิ่งแวดล้อม) ⁷

Jirisuda Sinthusiri, Ph.D. (Entomology and Environment) ⁷

Received: July 20, 2020 Revised: May 27, 2021 Accepted: May 29, 2021

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

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

² รองศาสตราจารย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

² Associate Professor, Faculty of Medical Technology, Huachiew Chalermprakiet University

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

³ Assistant Professor, Faculty of Medical Technology, Huachiew Chalermprakiet University

⁴ อาจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

⁴ Lecturer, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Huachiew Chalermprakiet University

⁵ อาจารย์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

⁵ Lecturer, Faculty of Social Work and Social Welfare, Huachiew Chalermprakiet University

⁶ อาจารย์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

⁶ Lecturer, Faculty of Physical Therapy, Huachiew Chalermprakiet University

⁷ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

⁷ Lecturer, Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพท์ของการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์ผู้สอนหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพ จำนวน 16 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษา จำนวน 90 คน และอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 8 คน ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้ และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษา จำนวน 90 คน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 24 คน และอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 8 คน และระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบประเมินการรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ มีความเชื่อมั่น .98 แบบประเมินทัศนคติต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ มีความเชื่อมั่น .83 และแบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการในการเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติ paired *t*-test และ McNemar's test

ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีกระบวนการสำคัญ คือ การเตรียมความพร้อมของนักศึกษา การเยี่ยมบ้าน และการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด 2) หลังเข้าร่วมการเรียนรู้ นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 3) การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกต่ำกว่าการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางการศึกษาด้านสุขภาพควรนำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพนี้ ไปใช้ในการพัฒนานักศึกษาให้มีประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี และทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการดีขึ้น
คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

This research and development aimed to develop and examine the effects of the interprofessional education model by home visit in patients with chronic diseases. The four phases study including phase 1: situation analysis, the samples were 16 instructors in courses for healthcare professionals; phase 2: model development, the samples consisted of 90 students and 8 advisors, phase 3: model implementation

and examination, the samples consisted of 90 students, 24 patients with chronic diseases, and 8 advisors, and phase 4: model improvement. The research instruments included the interprofessional education model by home visit in patients with chronic diseases, the perceived efficacy and skill in learning assessment form with reliability as .98, the attitude toward interprofessional education assessment form with reliability as .83, and the client's home visit record form. The implementation and data collection were conducted from April to June, 2019. Data were analyzed by content analysis, paired *t*-test, and McNemar's test.

The research results revealed that 1) the development of the interprofessional education model by home visit in patients with chronic diseases focused on the student preparation, the home visits, and the reflective thinking, 2) after the learning participation, the students had statistically significant higher mean scores of perceived efficacy and skill in learning and attitude toward interprofessional education than those of before the learning participation ($p < .001$), and 3) at the third home visit, the patients with chronic diseases had statistically significant lower mean of systolic blood pressure than that of the first home visit ($p < .05$).

This research suggests that health educational personnel should apply this interprofessional education model by home visit in patients with chronic diseases for promoting students to have the experiences of practice with interprofessional team in order to enhance a good collaboration and the client's health outcomes.

Keywords: Interprofessional education, Home visit in patients with chronic diseases

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพและสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศ จากข้อมูลการเสียชีวิตในระบบทะเบียนการตาย กรมการปกครอง ในช่วงปี พ.ศ. 2555–2559 พบว่า อัตราตายจากโรคเรื้อรังในช่วงอายุ 30–69 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) จากข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี และในชุมชนตำบลศิระชะจะห์ใหญ่ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า

มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 27.30 และ 13.49 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดีเพียงร้อยละ 12.50 และ 3.28 ของจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, 2562) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนมากขึ้น การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ (รัตนพร เสนาตลาด และวิระพล

กิมลย์, 2558; สุมาพร สุจันงค์, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามิ, 2556)

การเชื่อมบ้านเป็นกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต่อเนื่องในการจัดกิจกรรมการดูแลตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ต้องบูรณาการความรู้ในศาสตร์ต่างๆ หลากหลายมิติ เพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หลังการเชื่อมบ้าน ผู้รับบริการสามารถควบคุมภาวะของโรคและมีการดูแลตนเองดีขึ้น (เพ็ญศิริ อุตถาวงค์, นิษฐนันท์ อนุสรณ์ประเสริฐ, และฮารุน สาตหลี, 2560) มีระดับความดันโลหิตลดลง และมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น (วิญญณ์ ดวงสุวรรณ และอรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา, 2559) และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการเข้ารับการรักษาค่าในโรงพยาบาล (Cavanaugh, Lindsey, Shilliday, & Ratner, 2015; Fortuna et al., 2015)

บุคลากรทางสุขภาพเป็นบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่ให้บริการเชื่อมบ้านแก่ผู้ป่วย ดังนั้น การผลิตบุคลากรทางสุขภาพจึงเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพ เพื่อให้ได้บุคลากรทางสุขภาพที่มีศักยภาพ และร่วมมือกันในการตอบสนองความต้องการของประชาชน และพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมขึ้น (วิจารณ์ พานิช, 2555) ซึ่งการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ (interprofessional education) เป็นการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพที่ก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพจะเกิดขึ้นเมื่อมีผู้เรียนจากสองวิชาชีพขึ้นไปได้เรียนรู้ร่วมกัน ได้เรียนรู้จากกันและกัน และเกิดประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการให้ดีขึ้น (World

Health Organization [WHO], 2010) ซึ่งในปัจจุบันมีการนำกิจกรรมการเชื่อมบ้านมาใช้เป็นรูปแบบการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่าภายหลังการนำกิจกรรมการเชื่อมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพมาใช้ ทำให้นักศึกษามีทักษะในการเรียนรู้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพสูงขึ้น มีประสบการณ์ระดับสูงในเรื่องการทำงานร่วมกัน มีความพึงพอใจในบทบาท มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีการให้บริการแก่ชุมชน เกิดความพร้อมในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ และสามารถขยายองค์ความรู้ให้กว้างขวางขึ้นจากการแลกเปลี่ยนความรู้จากศาสตร์ตนเองกับผู้อื่น (Abramoff, 2013; Opina-Tan, 2013; Reeves, Perrier, Goldman, Freeth, & Zwarenstein, 2013; Vaughn et al., 2014)

จากการศึกษาหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ผ่านมา พบว่ามีการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพในบางหลักสูตร แต่รูปแบบการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาและผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการยังไม่ชัดเจน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาในประเทศไทยที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และมีการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้รับบริการร่วมด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

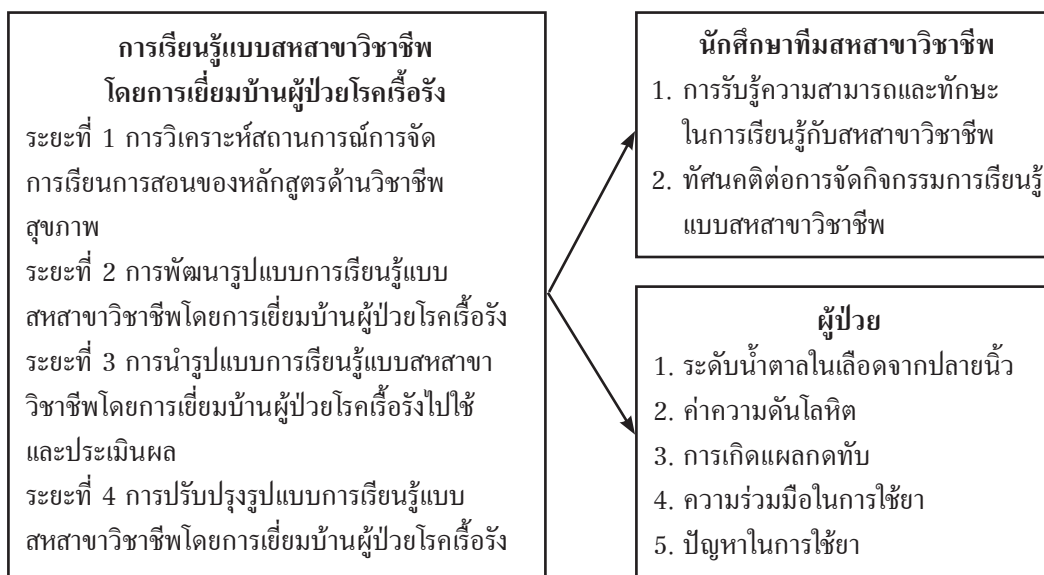
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ (interprofessional education learning) ที่มีผู้เรียนจากสองวิชาชีพขึ้นไปได้เรียนรู้ร่วมกัน ได้เรียนรู้จากกันและกัน และเกิดประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ

ผู้รับบริการให้ดีขึ้น (WHO, 2010) โดยดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ และประเมินผล และระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ และประเมินผล

ระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์ผู้สอนหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จาก 6 คณะ ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะเทคนิคการแพทย์ คณะกายภาพบำบัด คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และสวัสดิการสังคม และคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม รวมจำนวน 16 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์การสอนอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 นักศึกษาที่มสสหสาขาวิชาชีพ จาก 6 คณะ ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 17 คน คณะเภสัชศาสตร์ จำนวน 22 คน คณะเทคนิคการแพทย์ จำนวน 16 คน คณะกายภาพบำบัด จำนวน 4 คน คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม จำนวน 16 คน และคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม จำนวน 15 คน รวมจำนวน 90 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 2 อาจารย์ที่ปรึกษา กลุ่มละ 1 คน รวมจำนวน 8 คน

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 นักศึกษาที่มสสหสาขาวิชาชีพ จาก 6 คณะ รวมจำนวน 90 คน (กลุ่มเดิม)

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิระจรจะเข้ใหญ่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีความต้องการการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) มีผู้ดูแล และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้การศึกษาของ Zanotti, Sartor, and Canova (2015) ได้ค่าเท่ากับ .50 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 จากนั้นนำค่ามาเปิดตารางหาขนาดตัวอย่างของ Burns and Grove (2005) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 22 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 24 คน

กลุ่มที่ 3 อาจารย์ที่ปรึกษา กลุ่มละ 1 คน รวมจำนวน 8 คน (กลุ่มเดิม)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ระยะที่ 2 และระยะที่ 3: รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพในระยะที่ 1

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 3: มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยแปลจากแบบวัดของ Curran et al. (2011) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบตามสาขาวิชาชีพ การเคารพสาขาวิชาชีพอื่น 2) ด้านการทำงานเป็นทีมและการมีภาวะผู้นำ 3) ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 4) ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการยอมรับความต้องการของผู้ป่วย 5) ด้านการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดหรือการไตร่ตรองสะท้อนคิด และ 6) ด้านการมีคุณธรรม จริยธรรม โดยด้านที่ 1-4 (รวมจำนวน 28 ข้อ) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 28-112 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ต่ำ และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้มาก ส่วนด้านที่ 5-6 (รวมจำนวน 4 ข้อ) มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบประเมินทัศนคติต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยแปลจากแบบวัดของ Curran, Heath, Kearney, and Button (2010) จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีทัศนคติไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีทัศนคติดี

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการในการเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดูแลตนเอง ส่วนที่ 3

บันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS ซึ่งประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านภาวะแวดล้อมทั่วไปของบ้าน ด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ด้านการใช้ยา ด้านการตรวจร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านจิตวิญญาณ และด้านความช่วยเหลือทางด้านสังคม และส่วนที่ 4 บันทึกความก้าวหน้าในการดูแล (progress note)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ และแบบประเมินทัศนคติต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางภาษา จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงทางภาษา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยพยาบาลด้านชุมชน อาจารย์ด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และอาจารย์ด้านเทคนิคการแพทย์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .89 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .98 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (เอกสารรับรอง เลขที่ อ.819/2562 วันที่ 4 เมษายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลใน

ภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยประชุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับอาจารย์ผู้สอนหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพ 6 สาขาวิชา เกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพ ในประเด็นความต้องการการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ความพร้อมในการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ และรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการสร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ และสร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดทำร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ วิธีการดำเนินการ กิจกรรม การดำเนินงาน ขั้นตอนการดำเนินงาน และการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระ และวิธีการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการใช้เวลา 6 ชั่วโมง แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 การเรียนรู้ผ่านเกมและกิจกรรมการเรียนรู้ 4 กิจกรรม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักศึกษารู้จักกัน เรียนรู้การทำงานเป็นทีม การมีภาวะผู้นำ การเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดหรือการไตร่ตรองสะท้อนคิด การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การยอมรับ

ความต้องการของผู้ป่วย และการมีคุณธรรม จริยธรรม โดยกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 1 กระตุ้นความตื่นตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย และสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักศึกษา ผ่านเกม 3 เกม กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 2 พัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม การมีภาวะผู้นำ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ผ่านกิจกรรม 3 กิจกรรม กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 3 พัฒนาการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดหรือการไตร่ตรองสะท้อนคิด และกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 4 พัฒนาการทำให้รู้จักบทบาท ความรับผิดชอบตามสาขาวิชาชีพ และเคารพสาขาวิชาชีพอื่น รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการยอมรับความต้องการของผู้ป่วย ผ่านกิจกรรม 2 กิจกรรม

ช่วงที่ 2 การประชุมกลุ่มย่อย ใช้เวลา 3 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักศึกษาเรียนรู้บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของสหสาขาวิชาชีพในการเยี่ยมบ้าน รู้จักอาจารย์ที่ปรึกษา รู้จักทีม มีช่องทางในการติดต่อสื่อสารกันในทีม และเรียนรู้กระบวนการเยี่ยมบ้าน โดย 1) เรียนรู้กระบวนการเยี่ยมบ้าน ผ่านเรื่องสั้น “การเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ” 2) ประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา สร้างไลน์กลุ่ม เลือกผู้นำกลุ่มศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย 3 คน ที่จะเยี่ยมบ้าน วางแผนการเยี่ยมบ้าน และแบ่งงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละสาขาวิชาชีพ และ 3) มอบหมายงานให้นักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพจัดทำหรือพัฒนานวัตกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่นักศึกษาได้รับมอบหมาย อย่างน้อยกลุ่มละ 1 ชิ้นงาน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดรายละเอียดการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้

3.1 กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อให้ นักศึกษาได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีมและการมีภาวะผู้นำ

การเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดหรือการไตร่ตรอง สะท้อนคิด การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การยอมรับความต้องการของผู้ป่วย และการมีคุณธรรม จริยธรรม ผ่านกิจกรรม การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.2 กำหนดกระบวนการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

1) การเลือกผู้ป่วยที่จะเยี่ยมบ้าน การประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตดำเนินกิจกรรม 2) การกำหนดสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพและจำนวนบ้านที่จะเยี่ยม โดยแต่ละทีมประกอบด้วยนักศึกษาจาก 6 คณะ อาจารย์ที่ปรึกษา 1 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน แต่ละทีมจะเยี่ยมบ้าน 3 ครอบครัว ใช้เวลาครอบครัวละ 45-60 นาที 3) การกำหนดระยะเวลาและจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้าน โดยเยี่ยมทั้งสิ้น 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2-3 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์ และ 4) การกำหนดขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน โดยก่อนเยี่ยมบ้านทุกครั้ง แต่ละทีมจะมีการประชุม ศึกษาประวัติผู้ป่วย ข้อมูลปัญหา และการดูแลที่ได้รับในการเยี่ยมบ้านครั้งก่อนหน้า เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยการเยี่ยมบ้านทุกครั้งจะมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพาทีมไปที่บ้านผู้ป่วย จากนั้นนักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ให้การดูแลผู้ป่วยตามอาการ และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด (reflective thinking) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นประสบการณ์ คือ การเยี่ยมบ้านร่วมกันของนักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) ขั้นแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ โดยให้ตัวแทนนักศึกษาแต่ละทีมเล่าประสบการณ์ที่ได้รับจากการเยี่ยมบ้านในประเด็นเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3) ขั้นประเมินและวิเคราะห์ประสบการณ์ โดยอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้กระตุ้นนักศึกษาให้เกิดการสะท้อนคิดโดยใช้คำถาม เช่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัวจากประสบการณ์ของนักศึกษาคืออะไร นักศึกษาได้เรียนรู้อะไรจากการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ มีอะไรที่นักศึกษาไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว นักศึกษารู้สึกอย่างไรในการเยี่ยมบ้าน นักศึกษาอยากปรับปรุงอะไรให้ดีขึ้นในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป 4) ขั้นสรุปแนวคิดและวิธีการแก้ปัญหา โดยให้นักศึกษายกถึงการวางแผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป และอาจารย์ที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะและแนะนำแหล่งข้อมูลต่างๆ และ 5) ขั้นวางแผนปฏิบัติและนำไปใช้ โดยการนำแผนที่วางไว้ไปใช้ในการเยี่ยมบ้านต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 กำหนดการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง ประเมินผลลัพธ์ใน 2 กลุ่ม คือ 1) นักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยประเมินการรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ และทัศนคติต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ และ 2) ผู้ป่วย โดยประเมินระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ค่าความดันโลหิต การเกิดแผลกดทับ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาในการใช้ยา

ขั้นตอนที่ 6 นำร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มาร่วมอภิปรายและเสนอแนวคิดร่วมกันของอาจารย์ผู้สอนหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยนำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ และประเมินผล ตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบนักศึกษาที่มสสาขาวิชาชีพดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบประเมินการรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ และแบบประเมินทัศนคติต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้ โดยใช้เวลา 30-40 นาที

3.2 นักศึกษาที่มสสาขาวิชาชีพแต่ละทีมออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 1 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ค่าความดันโลหิต การเกิดแผลกดทับ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาในการใช้ยา โดยใช้เวลา 20-25 นาที จากนั้นดำเนินกิจกรรมการเชื่อมบ้านตามแผนที่กำหนดไว้ เมื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ต่างๆ เช่นเดิม โดยใช้เวลา 20-25 นาที

3.3 ผู้วิจัยพบนักศึกษาที่มสสาขาวิชาชีพให้ตอบแบบประเมินการรับรู้ความสามารถและทักษะฯ และแบบประเมินทัศนคติฯ หลังเข้าร่วมการเรียนรู้ โดยใช้เวลา 30-40 นาที

ระยะที่ 4 ผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยนำข้อมูลจากการประเมินผลลัพธ์ในระยะที่ 3 มาปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการเรียนการสอนในหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 และข้อมูลการรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ ด้านที่ 5-6 วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ ด้านที่ 1-4 และทัศนคติต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมการเรียนรู้ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างการเชื่อมบ้านครั้งที่ 1 กับการเชื่อมบ้านครั้งที่ 3 วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาในการใช้ยา ระหว่างการเชื่อมบ้านครั้งที่ 1 กับการเชื่อมบ้านครั้งที่ 3 วิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar's test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพ พบว่า การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพยังไม่มีจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยตรง แต่มีการสอดแทรกเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร หากต้องนำมาเป็นกิจกรรมในหลักสูตรจะต้องวางแผนร่วมกันทั้งระบบ ตั้งแต่การออกแบบ มคอ. 2 เพื่อจัดให้รายวิชาที่จะใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพมาอยู่ในภาคการศึกษาเดียวกัน แต่เนื่องจากทุกสาขาวิชาชีพได้มีการปรับปรุงหลักสูตร พ.ศ. 2561 ไปแล้ว จึงไม่สามารถทำได้ เมื่อพิจารณารายวิชาที่มีลักษณะ

หรือวัตถุประสงค์คล้ายคลึงกัน พบว่ามีการจัดการเรียนการสอนคนละภาคการศึกษา ทำให้ไม่สามารถนำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพเข้ามาเป็นกิจกรรมในหลักสูตรได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงมีการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพเป็น 2 รูปแบบเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 คือ จัดเป็นกิจกรรมในหลักสูตร ได้แก่ คณะเภสัชศาสตร์ คณะเทคนิคการแพทย์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม และจัดเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม

2. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) จัดทำร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) กำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระ และวิธีการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลา 6 ชั่วโมง แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ การเรียนรู้ผ่านเกมและกิจกรรมการเรียนรู้ 4 กิจกรรม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง และการประชุมกลุ่มย่อย ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยการเรียนรู้กระบวนการเชื่อมบ้านผ่านเรื่องสั้น การประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา สร้างไลน์กลุ่ม การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย การวางแผนการเชื่อมบ้าน การแบ่งงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละสาขาวิชาชีพ และการมอบหมายการจัดทำหรือพัฒนานวัตกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 3) กำหนดรายละเอียดการเชื่อมบ้านของนักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเชื่อมทั้งสิ้น 3 ครั้ง รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์ 4) กำหนดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด 5) กำหนดการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ และ 6) นำร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วย

โรคเรื้อรัง มาร่วมอภิปรายและเสนอแนวคิดร่วมกัน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.1 ผลลัพธ์ในนักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า หลังเข้าร่วมการเรียนรู้ นักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ ด้านที่ 1-4 ได้แก่ ด้านการรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบตามสาขาวิชาชีพ การเคารพสาขาวิชาชีพอื่น ด้านการทำงานเป็นทีมและการมีภาวะผู้นำ ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการยอมรับความต้องการของผู้ป่วย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 สำหรับการรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ ด้านที่ 5-6 พบว่า ด้านการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดหรือการไตร่ตรองสะท้อนคิด นักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพได้สะท้อนคิดทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมการเรียนรู้ใน 3 เรื่อง ได้แก่ ได้เรียนรู้จากสาขาวิชาชีพอื่น นำความรู้จากสาขาวิชาชีพอื่นมาปรับใช้ในการดูแลผู้รับบริการ และนำความรู้จากสาขาวิชาชีพอื่นมาปรับใช้ร่วมกับสาขาวิชาชีพตนเอง โดยหลังเข้าร่วมการเรียนรู้มีประเด็นการสะท้อนคิดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้ ส่วนด้านการมีคุณธรรม จริยธรรม นักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพมีการประเมินการรับรู้คุณธรรม จริยธรรม ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมการเรียนรู้ใน 1 เรื่อง คือ การยอมรับมุมมองของวิชาชีพและ

การมีทัศนคติที่ดีต่อสาขาวิชาชีพอื่น โดยหลังเข้าร่วม
การเรียนรู้มีประเด็นการรับรู้คุณธรรม จริยธรรม

เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้ ดังแสดงใน
ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ
ด้านที่ 1-4 และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ
ของนักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมการเรียนรู้ (n = 90)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้		หลังเข้าร่วมการเรียนรู้		<i>t</i>	<i>p</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
การรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ฯ							
ด้านการรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ตามสาขาวิชาชีพ การเคารพสาขาวิชาชีพอื่น	3.58	.60	3.98	.48	4.840	< .001	
ด้านการทำงานเป็นทีมและการมีภาวะผู้นำ	3.50	.47	3.86	.74	4.030	< .001	
ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	3.45	.49	3.90	.40	6.840	< .001	
ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและ การยอมรับความต้องการของผู้ป่วย	3.37	.63	3.66	.52	3.260	< .001	
ทัศนคติต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ฯ	3.70	.48	4.21	.41	7.480	< .001	

ตารางที่ 2 การรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ ด้านที่ 5-6 ของนักศึกษา
ทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าร่วมการเรียนรู้ (n = 90)

ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้	หลังเข้าร่วมการเรียนรู้
ด้านการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดหรือการไตร่ตรองสะท้อนคิด	
1. ได้เรียนรู้จากสาขาวิชาชีพอื่น	
1) การแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดแต่ละวิชาชีพ	1) การแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดแต่ละวิชาชีพ
2) การทำหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ	2) การทำหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ
3) การนำความรู้มาช่วยเหลือวิชาชีพอื่น	3) การนำความรู้และทักษะจากวิชาชีพอื่นมาปรับใช้ และนำความรู้มาช่วยเหลือวิชาชีพอื่น
	4) ทุกวิชาชีพมีความสำคัญในการดูแลผู้รับบริการ
	5) การทำงานเป็นทีม

ตารางที่ 2 การรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ ด้านที่ 5-6 ของนักศึกษา
ทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าร่วมการเรียนรู้ (n = 90) (ต่อ)

ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้	หลังเข้าร่วมการเรียนรู้
2. นำความรู้จากสาขาวิชาชีพอื่นมาปรับใช้ในการดูแลผู้รับบริการ	
1) นำมาใช้ในการดูแลผู้รับบริการในเรื่อง การดูแลผู้รับบริการอย่างเข้าใจ การดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละคน การปรับแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ เกิดผลลัพธ์การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ	1) นำมาใช้ในการดูแลผู้รับบริการในเรื่อง การรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย การออกกำลังกาย โรค การไข้ยา การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การวิเคราะห์ผลตรวจ การให้กำลังใจผู้รับบริการ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สิทธิการรักษาและสวัสดิการ การกระตุ้นและให้กำลังใจผู้รับบริการ
2) นำมาใช้ในการทำงานในเรื่อง การแก้ปัญหาการทำงาน	2) นำมาวางแผนการดูแลผู้รับบริการได้ครอบคลุมขึ้น
3) การทำงานเป็นทีมในเรื่อง การร่วมมือกับวิชาชีพอื่นในการดูแลผู้รับบริการ	3) ได้ทักษะการดูแลมากขึ้นในเรื่อง การสื่อสารกับผู้รับบริการ การชักจูงผู้รับบริการ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ
	4) การทำงานเป็นทีมในเรื่อง การร่วมมือกันดูแลผู้รับบริการ การสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ความสำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้รับบริการ การยอมรับความคิดเห็นและระดมความคิดในการช่วยเหลือผู้รับบริการ
	5) ผู้รับบริการมีความรู้และเข้าใจปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น
3. นำความรู้จากสาขาวิชาชีพอื่นมาปรับใช้ร่วมกับสาขาวิชาชีพตนเอง	
1) นำมาปรับใช้ในการดูแลผู้รับบริการโดยเน้น การดูแลผู้รับบริการเป็นสำคัญ	1) นำมาใช้ในการดูแลตนเอง
2) นำมาปรับใช้ในวิชาชีพของตนเองในการดูแลผู้รับบริการ และนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในเรื่องที่วิชาชีพเราไม่สามารถอธิบายได้	2) ได้ทักษะเพิ่มขึ้นในเรื่อง การประเมินสิ่งแวดล้อม เทคนิคการชักจูง ทักษะการสื่อสารกับผู้รับบริการ การตั้งคำถามในการถามผู้รับบริการ ขั้นตอนการทำงานร่วมกัน
3) ได้เรียนรู้กระบวนการทำงานในเรื่อง การบริหารจัดการ วิธีการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ	3) ได้เรียนรู้กระบวนการทำงานเป็นทีมในเรื่อง ทุกคนควรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
	4) ผลลัพธ์การทำงานร่วมกัน ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้รับบริการ การดูแลผู้รับบริการอย่างครบองค์รวมมากขึ้น
	5) ได้รู้บทบาทของวิชาชีพอื่นและการทำงานที่ไม่เกินขอบเขตหน้าที่

ตารางที่ 2 การรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ ด้านที่ 5-6 ของนักศึกษา
ทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าร่วมการเรียนรู้ (n = 90) (ต่อ)

ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้	หลังเข้าร่วมการเรียนรู้
ด้านการมีคุณธรรม จริยธรรม	
1. การยอมรับมุมมองของวิชาชีพและการมีทัศนคติที่ดีต่อสาขาวิชาชีพอื่น	1) ทุกวิชาชีพมีความเท่าเทียมกัน
1) ทุกวิชาชีพมีความสำคัญเท่าเทียมกัน	2) ทุกวิชาชีพมีความสำคัญที่จะทำให้งานดำเนินไป สู่เป้าหมายเดียวกันได้
2) เคารพความคิดของวิชาชีพอื่นและนำมา ปรับใช้	3) เปิดใจและยอมรับวิชาชีพอื่น ในด้านการตัดสินใจ ข้อเสนอแนะในการทำงานร่วมกัน
3) ทุกวิชาชีพมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ การดูแลผู้รับบริการให้ดีที่สุด	4) ยอมรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างของแต่ละ วิชาชีพ
4) การรับฟังในมุมมองของวิชาชีพอื่น	5) มีความเข้าใจในวิชาชีพอื่นมากขึ้นในเรื่อง บทบาทของแต่ละวิชาชีพแตกต่างกัน แต่นำมา ปรับใช้ในการดูแลผู้รับบริการร่วมกันได้ และ การทำงานร่วมกัน
5) แต่ละสาขาวิชาชีพมีมุมมองและวิธีการ ที่ต่างต่างกัน แต่ยึดหลักความถูกต้อง เหมือนกัน	6) การยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน
	7) มีความเข้าใจที่ดีต่อกัน
	8) มีทัศนคติต่อวิชาชีพอื่นดีขึ้น

3.2 ผลลัพธ์ในผู้ป่วย พบว่า การเยี่ยมบ้าน
ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกต่ำกว่า
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($t = 2.120, p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลใน
เลือดจากปลายนิ้ว และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก

พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3 และ
พบว่าการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมีการเกิดแผล
กดทับ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาใน
การใช้ยา ไม่แตกต่างจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ของผู้ป่วย ระหว่างการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กับ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (n = 24)

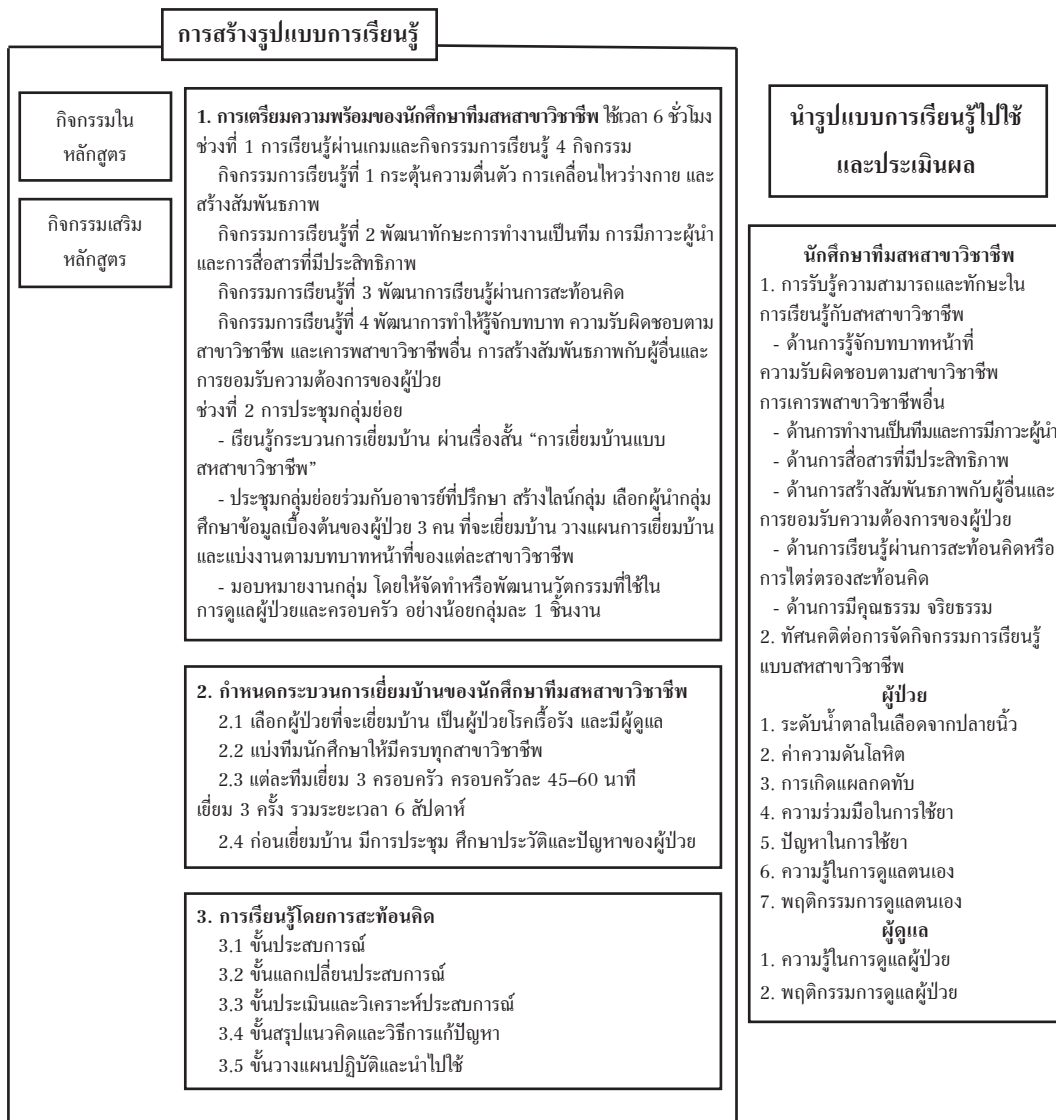
ตัวแปร	การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1		การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3		t	p
	M	SD	M	SD		
ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว	175.00	85.13	199.47	138.86	1.060	.300
ค่าความดันซิสโตลิก	136.54	12.53	130.40	10.03	2.120	.040
ค่าความดันไดแอสโตลิก	83.41	10.50	79.36	8.61	1.720	.100

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาในการใช้ยา ของผู้ป่วย ระหว่างการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กับ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (n = 24)

ตัวแปร	การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1		การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเกิดแผลกดทับ					
เกิดแผลกดทับ	3	12.50	3	12.50	1.000
ไม่เกิดแผลกดทับ	21	87.50	21	87.50	
ความร่วมมือในการใช้ยา					
มีความร่วมมือ	6	25.00	5	20.83	.568
ไม่มีความร่วมมือ	18	75.00	19	79.17	
ปัญหาในการใช้ยา					
มีปัญหา	10	41.67	7	29.17	.510
ไม่มีปัญหา	14	58.33	17	70.83	

4. การปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ หลังการนำไปใช้ โดยเพิ่มบทบาทของทีมนสหสาขาวิชาชีพเข้าไปในขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น และในขั้นตอนการประเมิน

ผลลัพธ์ ได้เพิ่มการประเมินความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย และความรู้และพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และได้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพ โดยการประชุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอาจารย์ผู้สอนหลักสูตรด้านวิชาชีพสุขภาพ ในประเด็นความต้องการการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ความพร้อม และรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อดิญาณ์ ศรีเกษตริน, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วารุณี เกตุอินทร์, และดราวรรณ รองเมือง (2562) ที่พัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเริ่มจากการศึกษาความต้องการรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพจากอาจารย์ผู้สอน ทั้งนี้ อาจารย์เป็นบุคคลที่มีความสำคัญร่วมกับกลไกด้านหลักสูตรในการขับเคลื่อนการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน และผู้เรียนให้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลง และความต้องการของสังคม (อดิญาณ์ ศรีเกษตริน, ดราวรรณ รองเมือง, และรุ่งนภา จันทรา, 2562) นอกจากนี้ อาจารย์ยังมีบทบาทในการสอนให้ผู้เรียนทราบถึงวิธีการที่จะเรียนรู้ร่วมกัน เรียนรู้จากกันและกัน และเกิดประสบการณ์ร่วมกันกับสาขาวิชาชีพอื่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการให้ดีขึ้น (WHO, 2010)

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมการเรียนรู้ นักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขาวิชาชีพ และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วม

การเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้ มีการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการในการเตรียมความพร้อมและการเชื่อมบ้านผู้ป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการเตรียมให้นักศึกษาได้รู้จักกัน มีความพร้อมในการเรียนรู้ร่วมกันในระดับหนึ่ง และกระบวนการเชื่อมบ้านผู้ป่วยเป็นประสบการณ์ตรงที่นักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทำงานร่วมกัน เพื่อแก้ปัญหาตั้งแต่การค้นหาคำถาม การให้การดูแล และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้นักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพต้องมีการปรึกษาร่วมกัน คิดวิธีแก้ปัญหา ร่วมกัน มีการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม การช่วยเหลือ แบ่งปัน และการลงมือปฏิบัติจริง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาคอยให้คำแนะนำและเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ ส่งผลให้นักศึกษาเกิดทั้งความรู้และทักษะตามผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ และมีทัศนคติต่อการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพที่ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lapkin, Levett-Jones, and Gilligan (2013) และการศึกษาของ Darlow et al. (2015) ที่พบว่า หลังการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้ ทัศนคติในการทำงานเป็นทีมและการทำงานร่วมกัน มีความพร้อมในการเรียนรู้ร่วมกับวิชาชีพอื่น และมีทักษะการทำงานเป็นทีมและการจัดการผู้ป่วยในสถานดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น

การพัฒนานวัตกรรมเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพมีความคิดสร้างสรรค์ โดยเริ่มจากการค้นหาคำถามของผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหา โดยเป็นการทำงานร่วมกันของนักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยการนำความรู้และทักษะที่แตกต่างกันของแต่ละ

สาขาวิชาชีพมาใช้ในการทำงานร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, อัจฉรา คำมะতিชัย, นพรัตน์ ธรรมวงษา, และอัจฉรา อาสน์ปาสา (2562) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการเรียนการสอนวิชา นวัตกรรมทางการพยาบาลด้วยการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และมีความพร้อมต่อการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อีกทั้งการใช้กิจกรรมแบบโครงการเป็นฐานยังเป็นกลไกสำคัญในการสร้าง ประสิทธิภาพการพัฒนาความคิดและการทำงานร่วมกันโดยการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐาน (วิจารณ์ พานิช, 2555) การเรียนการสอนโดยการใช้ นวัตกรรมจึงส่งผลให้นักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความสามารถและทักษะในการเรียนรู้กับสหสาขา วิชาชีพสูงขึ้น

การเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดเป็นกระบวนการ หนึ่งที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งการเรียนรู้โดย การสะท้อนคิดเป็นกลวิธีที่ทำให้นักศึกษาได้ คิดทบทวนและพิจารณาประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและเกิดความรู้ใหม่ จนนำไปสู่การแก้ปัญหาต่างๆ ในอนาคต (อัศนี วันชัย, ชนานันท์ แสงปาก, และยศพล เหลืองโสมนภา, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของสุณี เศรษฐเสถียร (2558) ที่ให้ตัวแทนนักศึกษาแต่ละกลุ่มนำเสนอ และร่วมกันอภิปราย อาจารย์ที่ปรึกษาให้ข้อมูล ย้อนกลับถึงกระบวนการและการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างนักศึกษากับผู้ป่วย ทำให้เกิดกระบวนการ สะท้อนคิดจากประสบการณ์ตรงของนักศึกษา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้กระตุ้น ให้นักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพเกิดการเรียนรู้ ทั้งจากกระบวนการทำงานและการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว ทำให้นักศึกษาเรียนรู้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความสามารถและทักษะ

รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีในการทำงานร่วมกับสหสาขา วิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกต่ำกว่าการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การทำงานร่วมกันของนักศึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้คำแนะนำ การให้ความรู้ และการสาธิตวิธี การดูแลตนเอง โดยใช้ความรู้และทักษะของแต่ละ สาขาวิชามานำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีค่าความดันซิสโตลิกลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของวิริยชนัน ดวงสุวรรณ และอรัญญ์ ชาญญาณเมธา (2559) และการศึกษาของ Fortuna et al. (2015) ที่พบว่า หลังการเยี่ยมบ้านโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีความดันโลหิตลดลง ซึ่งการเยี่ยมบ้านในการวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาทีม สหสาขาวิชาชีพได้ให้ความรู้และให้การดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังและครอบครัวที่สอดคล้องกับสภาพ ความเป็นอยู่จริง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความดันซิสโตลิกลดลง

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดจาก ปลายนิ้ว ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก การเกิด ผลกดทับ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาใน การใช้ยาไม่แตกต่างจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ได้รับยา หลายชนิด และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีความบกพร่อง ด้านการรู้คิด อีกทั้งอาจมีพฤติกรรมดูแล ตนเองที่ยังไม่เหมาะสม ทั้งด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยควร มุ่งไปที่ผู้ดูแลร่วมด้วย ซึ่งการเยี่ยมบ้านบางครั้ง ไม่พบผู้ดูแล จึงอาจทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ซึ่งผลการวิจัย

ครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังการทดลองในเดือนที่ 12 กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และมีปัญหาในการใช้ยาลดลง (วิญญูชน์ ดวงสุวรรณ และ อรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา, 2559; Cavanaugh et al., 2015; Zanotti et al., 2015)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการศึกษาด้านสุขภาพควรนำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้เป็นกิจกรรมในหลักสูตรหรือเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, อัจฉรา คำมะতিศย์, นพรัตน์ ธรรมวงษา, และอัจฉรา อาสน์ปาสา. (2562). ผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนวิชานวัตกรรมทางการแพทย์กับการเรียนรู้แบบสหสาขาอาชีพต่อความพร้อมต่อการเรียนรู้แบบสหสาขาอาชีพ และทักษะแห่งศตวรรษที่ 21. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 126–139.

เพ็ญศิริ อุตดาวงศ์, นิษฐนันท์ อนุสรณ์ประเสริฐ, และฮารุน สาตหลี. (2560). ผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงประเภท 3 แบบ Home nursing care (HNC) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 73–85.

รัตนพร เสนาลาด, และวิระพล ภิบาลย์. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมายและความถูกต้องของการใช้น้ำตาลอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 34(6), 575–586.

วิจารณ์ พานิช. (2555). *วิถีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: ตลาดนัดฟ้าดิน.

วิญญูชน์ ดวงสุวรรณ, และอรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา. (2559). ผลจากการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการเยี่ยมบ้านในทีมสหสาขาวิชาชีพต่อความดันโลหิตและความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 8(1), 48–57.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. (2562). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*. สืบค้นจาก https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

- สุณี เศรษฐเสถียร. (2558). รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 25(2), 65–70.
- สุมาพร สุจำนงค์, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามิ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 29(2), 20–30.
- อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ, ดาราวรรณ รองเมือง, และรุ่งนภา จันทรา. (2562). การศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21: สมรรถนะและบทบาทของอาจารย์พยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 12–20.
- อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วารุณี เกตุอินทร์, และดาราวรรณ รองเมือง. (2562). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 140–152.
- อัสนี วันชัย, ชนกันต์ แสงปาก, และยศพล เหลืองโสมนภา. (2560). การจัดการเรียนการสอนโดยใช้เทคนิคการสะท้อนคิดในการศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(2), 105–115.
- Abramoff, B. A. (2013). *Measuring attitudes toward interprofessional education and views of health professionals in pre-licensure students taking an interdisciplinary health education course* (doctoral dissertation). The Ohio State University.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). Using statistics to examine relationships. In N. Burns & S. K. Grove. (Eds.), *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (pp. 486–700). St. Louis, MO: Elsevier.
- Cavanaugh, J. J., Lindsey, K. N., Shilliday, B. B., & Ratner, S. P. (2015). Pharmacist-coordinated multidisciplinary hospital follow-up visits improve patient outcomes. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 21(3), 256–260. doi:10.18553/jmcp.2015.21.3.256
- Curran, V., Hollett, A., Casimiro, L. M., McCarthy, P., Banfield, V., Hall, P., ... & Wagner, S. (2011). Development and validation of the interprofessional collaborator assessment rubric (ICAR). *Journal of Interprofessional Care*, 25(5), 339–344. doi:10.3109/13561820.2011.589542
- Curran, V. R., Heath, O., Kearney, A., & Button, P. (2010). Evaluation of an interprofessional collaboration workshop for post-graduate residents, nursing and allied health professionals. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 315–318. doi:10.3109/13561820903163827

- Darlow, B., Coleman, K., McKinlay, E., Donovan, S., Beckingsale, L., Gray, B., ... & Pullon, S. (2015). The positive impact of interprofessional education: A controlled trial to evaluate a programme for health professional students. *BMC Medical Education*, 15(1), 98. doi:10.1186/s12909-015-0385-3
- Fortuna, R. J., Nagel, A. K., Rose, E., McCann, R., Teeters, J. C., Quigley, D. D., ... & Rocco, T. A. (2015). Effectiveness of a multidisciplinary intervention to improve hypertension control in an urban underserved practice. *Journal of the American Society of Hypertension*, 9(12), 966–974. doi:10.1016/j.jash.2015.10.004
- Lapkin, S., Levett-Jones, T., & Gilligan, C. (2013). A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Education Today*, 33(2), 90–102. doi:10.1016/j.nedt.2011.11.006
- Opina-Tan, L. A. (2013). A pilot implementation of interprofessional education in a community-academe partnership in the Philippines. *Education for Health*, 26(3), 164–171. doi:10.4103/1357-6283.125992
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(3). doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3
- Vaughn, L. M., Cross, B., Bossaer, L., Flores, E. K., Moore, J., & Click, I. (2014). Analysis of an interprofessional home visit assignment: Student perceptions of team-based care, home visits, and medication-related problems. *Family Medicine*, 46(7), 522–526.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf
- Zanotti, R., Sartor, G., & Canova, C. (2015). Effectiveness of interprofessional education by on-field training for medical students, with a pre-post design. *BMC Medical Education*, 15(1), 121. doi:10.1186/s12909-015-0409-z

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19

The Development of Guideline to Promote Healthcare Behavior through Mobile Health (mHealth) Application on Peritoneal Dialysis Complication and Quality of Life in Patients Undergoing Peritoneal Dialysis during COVID-19 Situation

อินทิรา สุขรุ่งเรือง, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ¹

Intira Sukrungruang, M.N.S. (Family Nursing) ¹

ดราวรรณ ร่องเมือง, Ph.D. (Nursing) ²

Daravan Rongmuang, Ph.D. (Nursing) ²

Received: February 2, 2021 Revised: May 29, 2021 Accepted: June 1, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ต่อภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย/ผู้ดูแล รวมจำนวน 10 คน ระยะที่ 2 สร้างแนวทางและศึกษาความเป็นไปได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

¹ Registered Nurse, Professional Level, Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao Province

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: intira016@gmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

จำนวน 10 คน และผู้ป่วย/ผู้ดูแล จำนวน 15 คน และระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้แนวทางกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย/ผู้ดูแล แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 45 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้แนวทาง มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตฉบับย่อภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3 และแบบบันทึกติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อน ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือที่พัฒนาขึ้น เป็นการให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ อาการผิดปกติ ปัญหาที่พบบ่อย อาหารและโภชนาการ การใช้ยาที่ต้องใช้เป็นประจำ และการปฏิบัติตัว 2) พยาบาลและผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางโดยรวมในระดับสูง 3) กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และ 4) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือนี้ ไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง หรือส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ การล้างไตทางช่องท้อง โควิด 19

Abstract

This research and development aimed to develop and examine the effectiveness of guideline to promote healthcare behavior through mobile health (mHealth) application on peritoneal dialysis complication and quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis during COVID-19 situation. The three phases study including phase 1: situation analysis, the samples consisted of the doctors, nurses, and patients/ caregivers (n = 10); phase 2: guideline development and feasibility study, the samples consisted of the nurses (n = 10) and patients/ caregivers (n = 15); and phase 3: examine

the effectiveness of the guideline, the samples consisted of patients/ caregivers who were divided into the experimental group (n = 45) and the control group (n = 45). The research instruments included the guideline to promote healthcare behavior through mobile health (mHealth) application for complication prevention and quality of life promotion in patients undergoing peritoneal dialysis during COVID-19 situation, the semi-structured interview, the feasibility of guideline implementation questionnaire with reliability as .93, the demographic questionnaire, the Kidney Disease Quality of Life-Short Form version 1.3 (KDQOL-SF™ 1.3), and the symptom and complication datasheet. The implementation and data collection were conducted from September, 2020 to January, 2021. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) the guideline to promote healthcare behavior through mobile health (mHealth) application was the method to deliver the important knowledge information for the patient undergoing peritoneal dialysis to perform self-care behaviors via line application including health assessment, abnormal symptoms, common health problems, nutrition, regular use medicine, and health performance, 2) both nurses and patients/ caregivers indicated that the level of feasibility was high, 3) the experimental group had the incidence of peritoneal dialysis complications lower than those of the control group, and 4) after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean score of quality of life than those of before the experiment and those of the control group.

This research suggests that health care providers should apply this guideline to promote healthcare behavior through mobile health (mHealth) application to promote self-care behavior among patients undergoing peritoneal dialysis or promote caregiver capacity to provide care.

Keywords: Healthcare behavior, Mobile application, Peritoneal dialysis, COVID-19

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด-19 เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกรวมถึงประเทศไทย และมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี (Jha & Modi, 2018) หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะทำให้การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งจำเป็นต้องรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต จังหวัดฉะเชิงเทรา มีผู้ป่วยมารับบริการล้างไตทางช่องท้องที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลพุทธโสธร รวมจำนวน 259 คน ในสภาวะปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะล้างไตทางช่องท้องวันละ 4-5 รอบ สำหรับผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้จะเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตด้วยตนเอง แต่มีอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลคอยเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตให้ ส่วนเรื่องการมาตรวจรักษานั้น แพทย์จะนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจติดตามอาการเป็นระยะ หรือหากมีปัญหาก็ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์มาปรึกษาพยาบาลที่ดูแลได้ หรือสามารถเข้าพบพยาบาลหรือแพทย์ได้ทันที แต่ในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 และมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ทางโรงพยาบาลพุทธโสธรจะเลื่อนนัดผู้ป่วยออกไปจนกว่าสถานการณ์จะสงบลง ซึ่งการที่ผู้ป่วยต้องถูกเลื่อนนัดการตรวจติดตามอาการตามระยะอาจส่งผลกระทบต่อควบคุมอาการของโรค หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ที่พบได้บ่อย คือ ภาวะติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง ความดันโลหิตสูง และภาวะน้ำเกิน เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละครอบครัวไม่เท่ากัน หรือไม่สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนได้ด้วยตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น มีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า mobile health หรือ mHealth เป็นนวัตกรรมที่นำโทรศัพท์มือถือมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและรักษาผู้ป่วย

สามารถใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การติดตามอาการของตนเองอย่างใกล้ชิด การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การช่วยตัดสินใจทางคลินิก หรือการใช้แบบผสมผสาน (World Health Organization [WHO], 2011) ซึ่งการเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลอาจใช้วิธีการให้ข้อมูลผ่านการสื่อสารโดยการส่งข้อความสั้น (short message [SMS]) และวิดีโอคลิป ผ่านโทรศัพท์มือถือหรือแอปพลิเคชัน ส่งผลให้บุคคลมีความรู้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิธีการนี้สามารถใช้ในบริบทและกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย (WHO, 2018) นอกจากนี้ ทีมสุขภาพยังสามารถใช้ mHealth ในการกำกับติดตามอาการของผู้ป่วยได้ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และสามารถใช้ในการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ ใช้ต้นทุนไม่สูงมาก ใช้ได้กว้างขวาง หากประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมกับแต่ละบริบท และให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (สุธิดา นครเรียบ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, สงคราม โชติกอนชิต, และวชิรศักดิ์ วานิชชา, 2017; Marcolino et al., 2018)

สำหรับการใช้ mHealth ในการป้องกันโรคนั้นที่ผ่านมามีการใช้ในรูปแบบโมบายแอปพลิเคชันที่ออกแบบเพื่อการใช้งานสำหรับโทรศัพท์สมาร์ทโฟนในระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การวินิจฉัยโรค การให้สุศึกษา การส่งยา การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา การลดความวิตกกังวล ในรูปแบบการให้ข้อมูล การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะจากการให้ความรู้ (สุธิดา นครเรียบ และคณะ, 2017) รวมทั้งการใช้แอปพลิเคชันส่งข้อความ เช่น WhatsApp ซึ่งสามารถใช้เพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างทีม

สุขภาพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยการส่งข้อความ ข้อความเสียง เอกสาร และสื่อการเรียนรู้ต่างๆ ผ่าน กระดานสนทนา (Giansanti, 2020) จากการศึกษา พบว่า หลังการใช้แอปพลิเคชันในการกำกับและ ควบคุมพฤติกรรมมารับประทานอาหารและ การออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตโดยรวมดีขึ้น (Lozano-Lozano et al., 2019) ดังนั้น mHealth จึงน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง ป้องกันภาวะ แทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการลำไส้ทางช่องท้องประจำหน่วย ไตเทียม โรงพยาบาลพุทธโสธร จึงดำเนินการพัฒนา แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่าน แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือสำหรับผู้ป่วยลำไส้ ทางช่องท้องในสถานการณืวิกฤตโควิด 19 ขึ้น โดยให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลสุขภาพที่จำเป็น ผ่านข้อความ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การให้คำปรึกษา เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และการเสริม แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านแอปพลิเคชัน ส่งข้อความที่ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงได้ คือ แอปพลิเคชันไลน์ (line application) ทั้งนี้เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีวิธีการจัดการเพื่อ ป้องกันหรือควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจาก การลำไส้ทางช่องท้อง ได้แก่ ภาวะเยื่อช่องท้อง อักเสบ การติดเชื้อที่ช่องทางออกของสาย ความดัน โลหิตสูง และภาวะน้ำเกิน (ปกรณั ตุงคะเสรีรักษ์, 2559; Kim & Biesen, 2017) และส่งเสริม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง นำไปสู่ ปรากฏการณ์สิ่งใหม่ (new normal) ในการเปลี่ยนแปลง รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องต่อไป ภายหลังกาณณืวิกฤตโควิด 19 สิ้นสุดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์ มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องใน สถานการณืวิกฤตโควิด 19

2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวทาง การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน บนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง ในสถานการณืวิกฤตโควิด 19

3. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการลำไส้ทางช่องท้องระหว่าง กลุ่มทดลองหลังการใช้แนวทางการส่งเสริม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบน โทรศัพท์มือถือ กับกลุ่มควบคุมหลังการให้การดูแล ตามปกติ

4. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้แนวทางการส่งเสริม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบน โทรศัพท์มือถือ

5. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่าง กลุ่มทดลองหลังการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ กับกลุ่มควบคุมหลังการให้การดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก การลำไส้ทางช่องท้องของกลุ่มทดลองหลังการใช้ แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่าน แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม หลังการให้การดูแลตามปกติ

2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง หลังการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

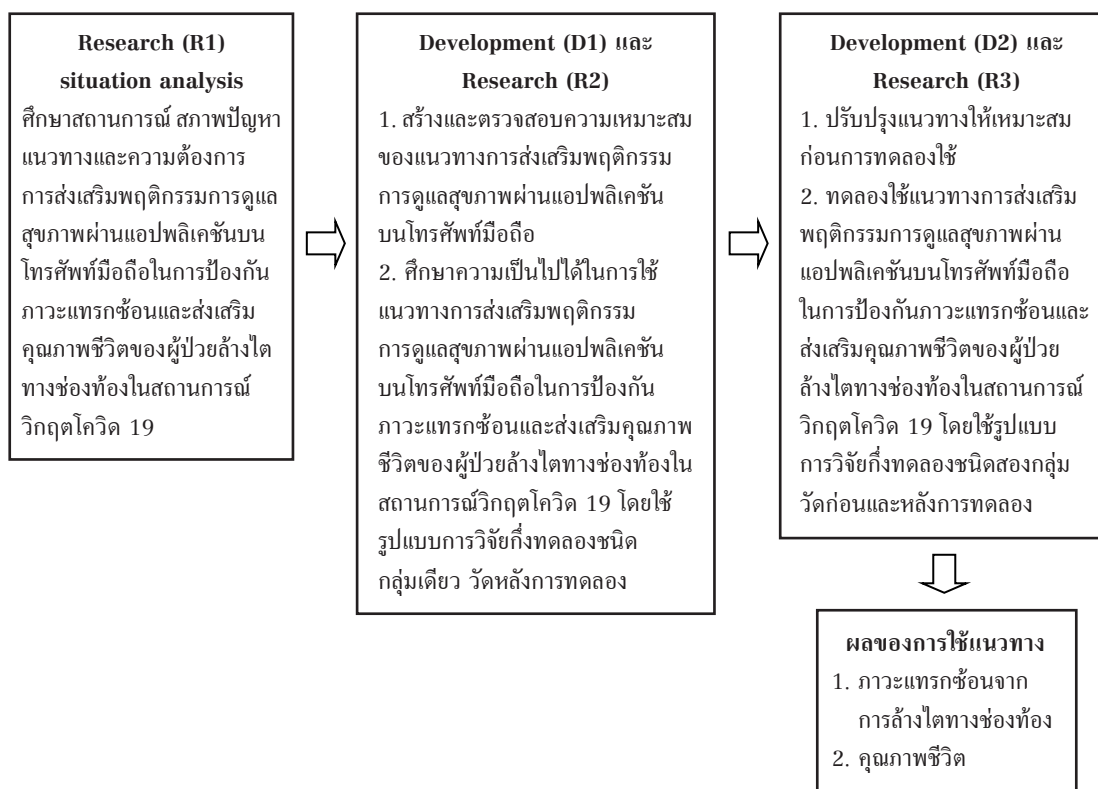
สุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ สูงกว่า ก่อนการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

3. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง หลังการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ สูงกว่า กลุ่มควบคุมหลังการให้การดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ mHealth ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่นำโทรศัพท์มือถือมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวทางการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลสุขภาพที่จำเป็นผ่านข้อความ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และการเสริมแรงจิตใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง ภาวะติดเชื้อที่ช่องทางออกของแผล ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำเกิน หรือภาวะโลหิตจาง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา แนวทางและความต้องการการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19

ระยะที่ 2 การสร้างและตรวจสอบความเหมาะสมของแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 และการศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพฯ

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการใช้แนวทางส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ต่อภาวะแทรกซ้อนจากการลำไส้ทางช่องท้อง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง และผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง/ผู้ดูแลที่เป็นผู้ทำการลำไส้ทางช่องท้อง โรงพยาบาลพุทธโสธร รวมจำนวน 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 10 คน และผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง/ผู้ดูแลที่เป็นผู้ทำการลำไส้ทางช่องท้อง โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 15 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง/ผู้ดูแลที่เป็นผู้ทำการลำไส้ทางช่องท้อง (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2) โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีการลำไส้ทางช่องท้องแบบปกติ ไม่ได้ใช้เครื่องอัดโนมัต 2) ฟังพูด และอ่านภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามเวลาที่กำหนด และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาที่เป็นการศึกษาคล้ายกัน มีขนาดอิทธิพล (effect size) อยู่ในช่วง .63–.70 โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .63 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 90 คน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีโทรศัพท์มือถือ และมีความพร้อมในการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตและใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ จัดเป็นกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโทรศัพท์มือถือ หรือไม่มีความพร้อมในการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตและใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ จัดเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ระยะที่ 2 และระยะที่ 3: แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา แนวทางและความต้องการการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
ล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์โควิด 19 ใน
ระยะที่ 1 ประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อ
การดูแลสุขภาพที่จำเป็นผ่านข้อความ การให้ข้อมูล
ป้องกัน การให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ
ที่เกิดขึ้น และการเสริมแรงจิตใจในการดูแลสุขภาพ
ตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันส่งข้อความที่ผู้ป่วยและ
ญาติสามารถเข้าถึงได้ คือ แอปพลิเคชันไลน์
แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1)
การประเมินภาวะสุขภาพที่จำเป็น 2) อาการผิดปกติ
3) ปัญหาที่พบบ่งชี้จากการล้างไตทางช่องท้อง 4)
อาหารและโภชนาการ 5) การใช้ยาที่ต้องใช้เป็นประจำ
และ 6) การปฏิบัติตัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล

ระยะที่ 1: แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง
ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา
แนวทางและความต้องการการส่งเสริมพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์
มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริม
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องใน
สถานการณ์วิกฤตโควิด 19 ประกอบด้วยแนวคำถาม
5 ข้อ ได้แก่ 1) ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทาง
ช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 2) แนวทาง
การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์
วิกฤตโควิด 19 ที่ต้องการ 3) ข้อมูลที่เป็นประโยชน์
ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤต
โควิด 19 4) แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือที่
ควรนำมาใช้ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพ
ชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์
วิกฤตโควิด 19 และ 5) ข้อจำกัดในการใช้แนวทาง

การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน
บนโทรศัพท์มือถือ

ระยะที่ 2: แบบสอบถามความเป็นไปได้
ในการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือใน
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤต
โควิด 19 ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ
มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ
จากคะแนน 1-5 ได้แก่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย
ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์
การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่
มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางในระดับต่ำ
(10-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-37 คะแนน)
และในระดับสูง (38-50 คะแนน)

ระยะที่ 3: มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูล
ส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม
เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
อาชีพ สติการรักษ ผู้ดูแล ระยะเวลาการรักษา
ด้วยการล้างไตทางช่องท้อง การเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา และโรคร่วม จำนวนทั้งสิ้น
10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและ
แบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพ
ชีวิตในโรคไตฉบับย่อภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3
ของชนินฐา หอมจีน และพรณทิพา ศักดิ์ทอง
(2553) ที่แปลจากแบบสอบถาม the Kidney
Disease Quality of Life-Short Form version
1.3 (KDQOL-SF™ 1.3) ของ Kidney Disease
Quality of Life Working Group ประเทศ
สหรัฐอเมริกา มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .44-.86
ประกอบด้วย 24 ข้อใหญ่ และ 80 ข้อย่อย แบ่งออกเป็น
19 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการและปัญหาที่เกิดขึ้น

กับผู้ป่วย 2) ด้านผลของสภาวะโรคไตต่อผู้ป่วย 3) ด้านความยากลำบากจากสภาวะโรคไต 4) ด้านสถานภาพในการทำงาน 5) ด้านสมรรถภาพในการรับรู้ 6) ด้านคุณภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 7) ด้านสมรรถภาพทางเพศ 8) ด้านการนอนหลับ 9) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากสังคม 10) ด้านการให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่ 11) ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง 12) ด้านสภาวะทางกาย 13) ด้านข้อจำกัดในบทบาทจากสุขภาพทางกาย 14) ด้านความเจ็บปวด 15) ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป 16) ด้านสุขภาพจิตทั่วไป 17) ด้านข้อจำกัดในบทบาทจากปัญหาทางอารมณ์ 18) ด้านหน้าที่ทางสังคม และ 19) ด้านความอ่อนเพลีย มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 2-10 ระดับ แต่ละด้านมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมาก (0-25 คะแนน) ในระดับต่ำ (25.01-50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (50.01-75 คะแนน) และในระดับดี (75.01-100 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แบบฟอร์มดิจิทัล ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์บนโทรศัพท์มือถือ ใช้สำหรับการกำกับติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ คือ “ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีภาวะเหล่านี้ ได้แก่ การติดเชื้อที่เยื่อหุ้มสมอง การติดเชื้อที่ช่องทางออกของแผล ภาวะน้ำเกิน ความดันโลหิตสูง และภาวะโลหิตจาง” มีลักษณะคำตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) โดยให้เลือกตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่า ใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแล

สุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90, 1 และ .87 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างไปทดลองใช้กับอายุรแพทย์โรคไต พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง/ผู้ดูแลที่เป็นผู้ทำการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว และโรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 5 คน และนำแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง/ผู้ดูแลที่เป็นผู้ทำการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร (เอกสารรับรอง เลขที่ BSH-IRB 035/2563 วันที่ 24 สิงหาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการสัมภาษณ์อายุแพทย์โรคไต พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง/ผู้ดูแลที่เป็นผู้ทำการล้างไตทางช่องท้อง รวมจำนวน 10 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา แนวทางและความต้องการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณืวิกฤตโควิด 19

ระยะที่ 2 ดำเนินการสร้างแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณืวิกฤตโควิด 19 จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แล้วนำแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และพิจารณาความเหมาะสมของแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพฯ จากนั้นศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพฯ โดยให้พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 10 คน นำไปใช้กับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง/ผู้ดูแลที่เป็นผู้ทำการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 15 คน

ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณืวิกฤตโควิด 19 ตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตฉบับย่อภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3 ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 25-30 นาที

3.2 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติ ร่วมกับการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณืวิกฤตโควิด 19 โดยในสัปดาห์แรก ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองฝึกทักษะการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์บนโทรศัพท์มือถือก่อน จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์บนโทรศัพท์มือถือ ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพที่จำเป็น อาการผิดปกติ ปัญหาที่พบบ่อยจากการล้างไตทางช่องท้อง อาหารและโภชนาการ การใส่ยาที่ต้องใช้เป็นประจำ และการปฏิบัติตัว หากเกิดอาการผิดปกติ พยาบาลให้คำปรึกษาเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการให้ข้อมูลป้อนกลับ และเสริมแรงจิตใจในการดูแลสุขภาพ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์บนโทรศัพท์มือถือ โดยมีการบันทึกอาการและภาวะแทรกซ้อนลงในแบบบันทึกติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ คือ ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อมารับการตรวจตามนัด หากมีปัญหามาพบพยาบาลหรือแพทย์ได้ทันที

3.3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตฉบับย่อภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3 หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 20–25 นาที และผู้วิจัยรวบรวมอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลสถานการณ์สภาพปัญหา แนวทางและความต้องการการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ข้อมูลความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ independent *t*-test การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ สภาพปัญหา แนวทางและความต้องการการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 พบว่า 1) ผู้ป่วยไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ เนื่องจากการเดินทางลำบาก มีการลดหรือหยุดการให้บริการของรถประจำทาง 2) โรงพยาบาลให้บริการเฉพาะ case ที่ฉุกเฉิน เพื่อป้องกันความแออัดและมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม 3) หากเกิดปัญหาสุขภาพ จะโทรศัพท์หรือใช้แอปพลิเคชันไลน์มาสอบถามพยาบาล 4) พยาบาลที่รับผิดชอบเรื่องการเยี่ยมบ้านได้ปรับรูปแบบเป็นการเยี่ยมทางโทรศัพท์แทน ทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และ 5) ขาดแคลนอุปกรณ์บางอย่างที่ใช้ในการล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์

ส่วนความต้องการการดูแลในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 พบว่า 1) ควรเพิ่มช่องทางในการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่หลากหลายขึ้น ได้แก่ การติดต่อสื่อสารออนไลน์ มีช่องทางให้สอบถาม ปรีกษาปัญหาได้ตลอดเวลา 2) มีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์บนโทรศัพท์มือถือซึ่งผู้ป่วยสามารถเปิดดูเพื่อทบทวนความรู้ได้สะดวก 3) ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนควรได้รับการตรวจรักษาใกล้บ้านเพื่อลดความแออัด 4) อาจใช้เทคโนโลยีบนโทรศัพท์มือถือเข้ามาช่วยในการติดตามผู้ป่วย และ 5) ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19

ประกอบด้วย ข้อมูลเรื่องสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถประเมินได้ ความรู้ในการดูแลตนเอง อาการผิดปกติ และการแก้ไขเกี่ยวกับเรื่องการล้างไตทางช่องท้องให้ครอบคลุม โดยสามารถอ่านและเข้าใจได้ง่าย หรืออาจเป็นรูปภาพ คลิปวิดีโอ ที่สามารถดาวน์โหลดมาไว้บนโทรศัพท์มือถือได้ สามารถสื่อสารกับแพทย์หรือพยาบาลได้ทันทีเมื่อพบปัญหาหรือมีอาการผิดปกติ

2. แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า 1) เครื่องมือที่เป็นสื่อในการถ่ายทอดข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพไปสู่ผู้ป่วย และญาติในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 คือ แอปพลิเคชันไลน์บนโทรศัพท์มือถือ 2) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ควรเป็นการสื่อสารแบบสองทาง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันทั่วทั้งที่ และ 3) ข้อมูลการดูแลสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นต่อผู้ป่วยและญาติในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 ที่ใช้ในการดูแลตนเองได้ที่บ้าน ได้แก่ 3.1) การประเมินภาวะสุขภาพที่จำเป็น เช่น น้ำหนักตัว ปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน ปริมาณปัสสาวะ น้ำยาล้างไต (ขาดทุน/กำไร) ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ความเข้มข้นของเลือด และการฉีดยาอีวีโรโพรตีน 3.2) อาการผิดปกติ ได้แก่ การประเมินภาวะติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง การประเมินแผลหน้าท้อง การประเมินภาวะบวม และการประเมินอาการผิดปกติที่พบบ่อย เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง อาการหายใจไม่สะดวก อาการเหนื่อยเวลานอน ลักษณะน้ำยาที่เปลี่ยนสีเป็นสีชมพู

หรือแดง อาการปวดไหล่ ท้องผูก และแนวทางการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา 3.3) ปัญหาที่พบบ่อยจากการล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ สายที่หน้าท้องรั่ว หรือน้ำยารั่ว สายที่หน้าท้องหลุดหรือหล่นขณะเปลี่ยนน้ำยา สายที่หน้าท้องหลุดหรือหล่นขณะจะต่อน้ำยา และปวดอุจจาระขณะถ่ายน้ำยา พร้อมทั้งบอกวิธีการจัดการเมื่อเกิดปัญหา 3.4) อาหารและโภชนาการ ได้แก่ การคำนวณปริมาณโปรตีนที่ควรได้รับในแต่ละวัน อาหารโปรตีนที่ควรรับประทาน ผักและผลไม้ที่ควรรับประทาน โดยเฉพาะปริมาณโพแทสเซียมในผักและผลไม้ โดยใช้สีเป็นตัวบอก ได้แก่ สีเขียว (ปริมาณต่ำ) สีเหลือง (ปริมาณปานกลาง) และสีแดง (ปริมาณสูง) เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ และการเลือกรับประทาน อาหารที่ต้องจำกัด ได้แก่ อาหารที่มีเกลือโซเดียม และอาหารที่ควรงด ได้แก่ อาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง 3.5) การใช้ยาที่ต้องใช้เป็นประจำ และข้อควรปฏิบัติเมื่อใช้นั้นๆ ตลอดจนวิธีการดูวันหมดอายุ และ 3.6) การปฏิบัติตัว ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การทำงาน/การเรียน หนังสือ และการออกกำลังกาย พร้อมภาพตัวอย่างการออกกำลังกายง่ายๆ ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน โดยข้อมูลที่ให้เป็นข้อความสั้นๆ พร้อมภาพประกอบ เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย สามารถจดจำ และนำไปใช้ในการดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ป่วย

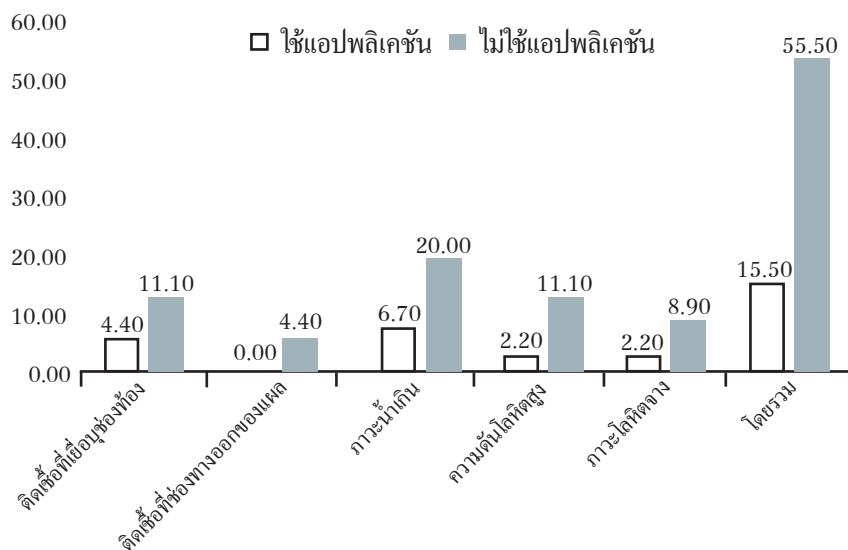
3. ความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 พบว่า พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ($n = 10$) และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง/ผู้ดูแลที่เป็นผู้ทำการล้างไตทางช่องท้อง ($n = 15$) มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพฯ โดยรวม

ในระดับสูง ($M = 44.40$, $SD = 3.78$ และ $M = 44.82$, $SD = 4.36$ ตามลำดับ)

4. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.60 มีอายุเฉลี่ย 56.64 ปี ($SD = 15.78$) มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 71.10 ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 97.80 มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 84.40 ระยะเวลาการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.10 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมามากกว่า 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68.90 และมีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 71.10 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.20 มีอายุเฉลี่ย 55.49 ปี ($SD = 14.50$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 มีการศึกษาระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 80 ทั้งหมดใช้สิทธิ

การรักษาบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 100 มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 88.90 ระยะเวลาการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.30 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา มากกว่า 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 62.20 และมีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

5. การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ กับกลุ่มควบคุมหลังการให้การดูแลตามปกติ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 15.50) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังการให้การดูแลตามปกติ (ร้อยละ 55.50) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลอง (ใช้แอปพลิเคชัน) กับกลุ่มควบคุม (ไม่ใช้แอปพลิเคชัน)

6. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้แนวทางการส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบน โทรศัพท์มือถือ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวทางการส่งเสริม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบน โทรศัพท์มือถือ สูงกว่าก่อนการใช้แนวทางการส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($t = 2.590, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ

ช่วงเวลา	n	M	SD	t	p
ก่อนการใช้แนวทาง	45	52.67	11.42	2.590	.013
หลังการใช้แนวทาง	45	58.92	13.12		

7. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ กับกลุ่มควบคุมหลังการให้การดูแลตามปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังการใช้

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่าน แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ สูงกว่ากลุ่มควบคุม หลังการให้การดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($t = 2.530, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ กับกลุ่มควบคุมหลังการให้การดูแลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	45	58.92	13.12	2.530	.013
กลุ่มควบคุม	45	52.04	12.70		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องของกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังการให้การดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง การติดเชื้อที่ช่องทางออกของแผล ภาวะน้ำเกิน ความดันโลหิตสูง และภาวะโลหิตจาง ทั้งนี้เนื่องจากแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือที่ใช้ในกลุ่มทดลอง เป็นช่องทางในการสื่อสารให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพที่จำเป็น อาการผิดปกติ วิธีการแก้ไขเบื้องต้น และอาหารและโภชนาการ ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้อง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์บนโทรศัพท์มือถือ โดยข้อมูลที่ให้เป็นข้อความสั้น ๆ พร้อมภาพประกอบ เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย สามารถจดจำและนำไปใช้ในการดูแลตนเอง หรือการดูแลผู้ป่วย และหากประเมินตนเองแล้วพบอาการผิดปกติ สามารถสื่อสารกับพยาบาลเพื่อรับคำแนะนำในการแก้ไขอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันท่วงที ทำให้กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุริดา นครเรียว และคณะ (2017) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่ได้รับนโยบายแอปพลิเคชัน มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

ร้อยละ 42.86 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทรา สีเสันธ์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิษุตา เจริญกิจการ, ฉัตรกนก ทุมวิภาต, และวชิรศักดิ์ วานิชชา (2561) ที่พบว่า หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มทดลองที่ได้รับนโยบายแอปพลิเคชัน มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 78.50 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 32.15

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ สูงกว่าก่อนการใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการให้การดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในกิจกรรมหลักๆ ได้แก่ การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต การดูแลสายและช่องทางออกของสาย การควบคุมโรคร่วม การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน และการใช้ยาที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินและควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการล้างไตทางช่องท้องได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแม้ว่าจะได้รับผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 ก็ตาม ซึ่งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ มีสุขภาพจิตที่ดี เกิดความพึงพอใจในตนเอง และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Chow & Wong, 2010) นอกจากนี้ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์จากบุคลากร

ทีมสุขภาพ ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลำไตทางช่องท้อง (Sitjar-Suñer et al., 2020) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติที่ใช้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการลำไตทางช่องท้องให้คำปรึกษาเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการให้ข้อมูลป้อนกลับ และเสริมแรงจิตใจในการดูแลสุขภาพ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์บนโทรศัพท์มือถือส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการหรือภาวะแทรกซ้อนจากการลำไตทางช่องท้องได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนจากการลำไตทางช่องท้องต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะไกลสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ บุคลากรทางสุขภาพยังสามารถติดตามกำกับอาการของผู้ป่วยได้ตลอดจนการติดตามพารามิเตอร์ที่สำคัญในการลำไตทางช่องท้อง เช่น ความสมดุลระหว่างปริมาณน้ำยาที่เข้าและออก ปริมาณปัสสาวะ จำนวนรอบของการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ระยะเวลาในการค้ำน้ำยาในช่องท้อง ภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิต และน้ำหนักตัว นอกจากนี้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังสามารถพูดคุยซักถามข้อสงสัยกับพยาบาลเกี่ยวกับอาการของตนเองได้ทุกวัน ซึ่งการจัดการรูปแบบนี้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยลำไตทางช่องท้อง (Wallace et al., 2017)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
บุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยลำไต

ทางช่องท้อง ควรนำแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยลำไตทางช่องท้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยลำไตทางช่องท้อง

2.2 ควรมีการศึกษาและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยโรคเลือด

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา หอมจีน, และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2553). การแปลและทดสอบกระบวนการคิดของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตฉบับย่อภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 2(1), 3-14.
- ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์. (2559). การติดต่อของการลำไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลสุรินทร์ อะไรคือความแตกต่าง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(4), 167-172.
- สุธิดา นครเรียน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิษชุดา เจริญกิจการ, สงคราม โชติกอนุชิต, และวชิรศักดิ์ วานิชชา. (2017). ประสิทธิผลของโมบายแอปพลิเคชันต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *Journal of Nursing Science*, 35(3), 58-69.

- สุภัทรา สีเสน่ห์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, นัตรกนก ทุมวิภาต, และวชิรศักดิ์ วาณิชชา. (2561). ผลของโมบายแอปพลิเคชันต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 61-74.
- Chow, S. K. Y., & Wong, F. K. Y. (2010). Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: Effects of a nurse-led case management programme. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1780-1792. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05324.x
- Giansanti, D. (2020). WhatsApp in mHealth: An overview on the potentialities and the opportunities in medical imaging. *mHealth*, 6, 19. doi:10.21037/mhealth.2019.11.01
- Jha, V., & Modi, G. K. (2018). Getting to know the enemy better-the global burden of chronic kidney disease. *Kidney International*, 94(3), 462-464. doi:10.1016/j.kint.2018.05.009
- Kim, Y.-L., & Biesen, W. V. (2017). Fluid overload in peritoneal dialysis patients. *Seminars in Nephrology*, 37(1), 43-53. doi:10.1016/j.semnephrol.2016.10.006
- Lozano-Lozano, M., Cantarero-Villanueva, I., Martin-Martin, L., Galiano-Castillo, N., Sanchez, M.-J., Fernández-Lao, C., ... Arroyo-Morales, M. (2019). A mobile system to improve quality of life via energy balance in breast cancer survivors (BENECa mHealth): Prospective test-retest quasiexperimental feasibility study. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(6), e14136. doi:10.2196/14136
- Marcolino, M. S., Oliveira, J. A. Q., D'Agostino, M., Ribeiro, A. L., Alkmim, M. B. M., & Novillo-Ortiz, D. (2018). The impact of mHealth interventions: Systematic review of systematic reviews. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(1), e23. doi:10.2196/mhealth.8873
- Sitjar-Suñer, M., Suñer-Soler, R., Masià-Plana, A., Chirveches-Pérez, E., Bertran-Noguer, C., & Fuentes-Pumarola, C. (2020). Quality of life and social support of people on peritoneal dialysis: Mixed methods research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4240. doi:10.3390/ijerph17124240
- Wallace, E. L., Rosner, M. H., Alscher, M. D., Schmitt, C. P., Jain, A., Tentori, F., ... Sloand, J. A. (2017). Remote patient management for home dialysis patients. *Kidney International Reports*, 2(6), 1009-1017. doi:10.1016/j.ekir.2017.07.010

World Health Organization. (2011). *mHealth: New horizons for health through mobile technologies: Second global survey on eHealth*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44607>

World Health Organization. (2018). *mHealth: Use of appropriate digital technologies for public health*. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_20-en.pdf

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี Community Participation in COVID-19 Prevention at Nongsawan Village, Chiangpin Sub-district, Mueang District, Udonthani Province

กาญจนา ปัญญาธร, พย.ม. (การพยาบาลชุมชน) ¹

Kanchana Panyathorn, M.N.S. (Community Nursing) ¹

กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) ² กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, Ph.D. (Nursing) ³

Krissana Sapsirisopa, M.Sc. (Public Health) ² Kamonthip Tanglakmankhong, Ph.D. (Nursing) ³

วรรณิ ครองยุติ, พย.บ. ⁴

Watanee Krongyuth, B.N.S. ⁴

Received: January 29, 2021 Revised: June 9, 2021 Accepted: June 10, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ณ บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยแกนนำชุมชน รวมจำนวน 50 คน และตัวแทนสมาชิกครัวเรือน จำนวน 100 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 มีค่าความเชื่อมั่น .62 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 มีค่าความเชื่อมั่น .92 แบบบันทึกข้อมูลชุมชน แบบสัมภาษณ์

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kanchana.p@rtu.ac.th

^{2,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี สถาบันพระบรมราชชนก

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

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงพิณ

⁴ Registered Nurse, Professional Level, Chiangpin Sub-district Health Promoting Hospital

เชิงลึกแกนนำชุมชน แบบสนทนากลุ่ม และแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการ 2 วนรอบ วนรอบละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ในช่วงเดือน พฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน paired *t*-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ก่อนการพัฒนา ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ไม่เหมาะสม และชุมชนขาดมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 2) กิจกรรมการพัฒนาประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 และการสร้างมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน และ 3) หลังการพัฒนา ทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรค สูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค COVID-19 และไม่พบผู้ป่วยโรค COVID-19 ในชุมชน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการป้องกันโรค COVID-19 ในพื้นที่อื่น โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ เสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรค และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การป้องกันโรค โรค COVID-19 การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This participatory action research aimed to study the community participatory development process in COVID-19 prevention and determine the outcomes of the development at Nongsawan Village, Chiangpin Sub-district, Mueang District, Udonthani Province. The participants were composed of 50 community leaders and 100 household members. The research instruments included the demographic questionnaire, the COVID-19 knowledge test with reliability as .62, the perceived risk and severity of COVID-19 questionnaire with reliability as .81, the preventing behaviors of COVID-19 questionnaire with reliability as .92, the community data record form, the in-depth interview guide for community leader, the focus group guide, and the observation form. Two cycles of this research (each cycle comprised 4 steps including planning, action, observation, and reflection) were conducted from May to October, 2020. Data

were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and content analysis.

The research results revealed that 1) situation before the development: the participants lacked the knowledge about COVID-19 and the perceived risk and severity of COVID-19, they also had inappropriate preventing behaviors of COVID-19, and the community lacked the measures of COVID-19 prevention; 2) the developing activities were composed of providing health education about COVID-19, promoting the perceived risk and severity of COVID-19, enhancing preventing behaviors of COVID-19, and setting the community measures of COVID-19 prevention; and 3) after the development, both community leaders and household members had statistically significant higher mean scores of knowledge about COVID-19, perceived risk and severity of COVID-19, and preventing behaviors of COVID-19 than those of before the development ($p < .001$). In addition, it was found that the community members participated in COVID-19 prevention and there was no COVID-19 patient in community.

This research suggests that health personnel and the relevant agencies should apply the community participation for COVID-19 prevention in other settings, through educating knowledge, promoting the perception of disease, and enhancing health behaviors among the community members in order to achieve the good outcomes of disease prevention.

Keywords: Disease prevention, COVID-19, Community participation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์วิกฤตด้านโรคติดต่ออันตรายที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังคงมีการระบาดไปทั่วโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 เนื่องจากมีการระบาดไปทั่วโลก ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น ปัจจุบันยังคงมีการระบาดไปทั่วโลก และโรคได้ทวีความรุนแรงเนื่องจากมีการกลายพันธุ์ของเชื้อ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยพบว่ามีการระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยการระบาด

ระลอกแรกเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 ซึ่งผู้ป่วยยืนยันรายแรกเป็นผู้เดินทางมาจากประเทศจีน การระบาดระลอกที่สองเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2563 ในจังหวัดสมุทรสาคร และการระบาดระลอกที่สามเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2564 ในกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันยังคงมีการระบาดไปทั่วทุกจังหวัด ช่องทางหลักในการติดต่อของโรค คือจากคนสู่คน ผ่านทางละอองเสมหะ เมื่อได้รับเชื้อร้อยละ 80 จะมีอาการคล้ายไข้หวัดหรือไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 14 มีอาการหนักจากปอดอักเสบ ร้อยละ 5 มีอาการวิกฤตจากการหายใจล้มเหลว จากการป่วย

รุนแรง และร้อยละ 1-2 เสียชีวิต ซึ่งการระบาดในระลอกที่สามมีความแตกต่างจากในระลอกแรกทั้งด้านความรวดเร็วของการระบาดและความรุนแรง โดยมีรูปแบบเป็นการติดเชื้อภายในครัวเรือนหรือผู้สัมผัสใกล้ชิด ส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ จากข้อมูล ณ วันที่ 26 พฤษภาคม 2564 พบผู้ป่วยโรค COVID-19 สะสม 137,894 คน รักษาในโรงพยาบาล 45,256 คน และเสียชีวิต 873 คน (กรมควบคุมโรค, 2564ข) ซึ่งการระบาดของโรคนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสาธารณสุข สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ

จากความสูญเสียและผลกระทบที่เกิดจากโรค COVID-19 ข้างต้น การรับมือกับการระบาดของโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการเพื่อหยุดยั้งและควบคุมไม่ให้โรค COVID-19 มีการระบาดมากขึ้น อันจะก่อให้เกิดความสูญเสียและผลกระทบมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ รัฐบาลได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในการตอบสนองต่อการระบาดของโรค COVID-19 โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อ ลดการป่วย และลดการเสียชีวิตจากโรค COVID-19 ซึ่งกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรค (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2563) โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน สำหรับระดับหมู่บ้าน กรมควบคุมโรคได้กำหนดมาตรการให้ผู้นำชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการให้ความรู้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง คัดกรองความเสี่ยง ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และรายงานผลการปฏิบัติ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ส่วนระดับครัวเรือน

มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันแก่สมาชิกครัวเรือน รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การเกิดโรค เพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ตลอดจนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ลดการสัมผัสผ่านละอองเสมหะและการสัมผัสโดยตรง ล้างมือหรือเช็ดมือด้วยแอลกอฮอล์บ่อยๆ สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างทางสังคม และอยู่บ้าน หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด จะช่วยป้องกันการเกิดโรค COVID-19 ได้ (กรมควบคุมโรค, 2564ก)

กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนกับการดำเนินการที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันจนบรรลุเป้าหมายของชุมชนด้วยความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน ก่อให้เกิดผลต่อความต้องการที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน (รัตนานิกิ รัชตะวรรณ และคณะ, 2561) ซึ่งกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ดังการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับมือกับวิกฤตโรคระบาด COVID-19 (วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนันทน์ ม่วงอัม, และเดชา วรรณพาสกุล, 2563; สอยฤทัย เกลี้ยงนิล, 2563; สุมาลี จุทอง, 2563; Gilmore et al., 2020; Sathiadass, 2020)

บ้านหนองสวรรค์เป็นหมู่บ้านขนาดเล็ก ตั้งอยู่ในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีจำนวน 257 หลังคาเรือน ประชากร 1,052 คน ประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง โดยทำงานในตัวเมือง ต่างจังหวัดและต่างประเทศ ในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ระลอกแรก รัฐบาลได้กำหนดพระราชบัญญัติ

สถานการณ์ฉุกเฉินและปิดกิจการที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค ทำให้ประชากรวัยทำงานจำนวนมากเดินทางกลับเข้าสู่หมู่บ้าน ทำให้หมู่บ้านเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค ประชาชนเกิดความกลัวติดโรค COVID-19 จากการศึกษาชุมชน จำนวน 100 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 38.91 ของครัวเรือนทั้งหมด และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ชุมชนต้องการแก้ไข พบว่า ประชาชนให้ความสำคัญกับโรค COVID-19 เป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นโรคอันตรายและเป็นเรื่องใกล้ตัวที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่ามาจากสาเหตุ 4 ประการ ได้แก่ 1) ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ประชาชนยังไม่เคยมีความรู้มาก่อน บุคลากรทางสุขภาพและผู้นำชุมชนให้ความรู้ไม่ทั่วถึงและไม่เพียงพอ 2) ประชาชนขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค จากการที่อยู่แต่บ้าน เป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว เจ็บป่วย และการมุ่งทำงานหาเลี้ยงชีพ 3) ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เหมาะสม โดยไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เนื่องจากรู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวก เคยชินกับการที่ไม่ต้องสวม คิดว่าไม่จำเป็นต้องสวม เพราะอยู่ในหมู่บ้าน มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ยุ่งยากในการใช้ หน้ากากมีไม่เพียงพอ และบางครั้งลืมใช้ ไม่เว้นระยะห่างทางสังคม ยังใช้ชีวิตตามปกติที่เคยทำมา มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน และ 4) ชุมชนขาดมาตรการป้องกันโรคที่จะนำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองสวรรค์ ในการป้องกันโรค COVID-19 และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา โดยมุ่งหวังว่า

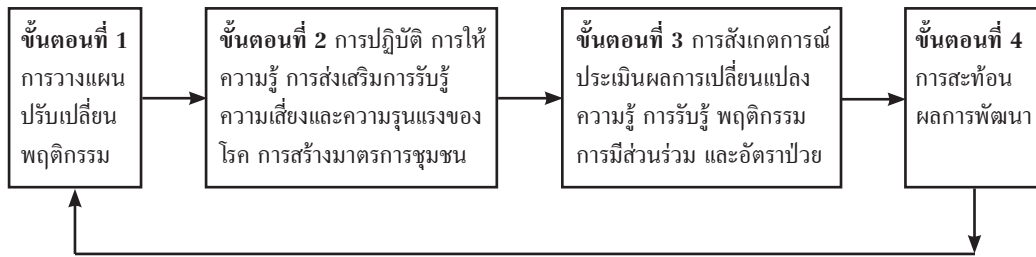
กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจะทำให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาโรค COVID-19 และร่วมกันแก้ไข อันเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดการกับปัญหาโดยชุมชนเอง สามารถดูแลชุมชนของตนเองได้ และเป็นชุมชนที่เข้มแข็งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ต่อความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการ PAR self-reflective spiral cycles ของ Kemmis, McTaggart, and Nixon (2014) ซึ่งมุ่งมันตั้งใจแก้ไขปัญหของพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่เน้นการเรียนรู้อย่างเป็นอิสระร่วมกันระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล ผ่านกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกตการณ์ ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง และ 4) การสะท้อนผลการพัฒนา ร่วมกับแนวทางปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของกรมควบคุมโรค สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research [PAR]) ประกอบด้วย 2 วงรอบ วงรอบละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล โดยดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย คือ บ้านหนองสวรรค์ (หมู่ที่ 5) ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ผู้ร่วมวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 แกนนำชุมชน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 2 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน หัวหน้าคุ้ม จำนวน 4 คน แกนนำนักเรียน จำนวน 20 คน พระภิกษุ จำนวน 5 รูป และตัวแทนครัวเรือน จำนวน 5 คน รวมจำนวน 50 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นบุคคลที่เป็นที่ยอมรับของคนในหมู่บ้าน 2) สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา เสนอแนวทางแก้ไข ร่วมปฏิบัติ และติดตามประเมินผลได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด

กลุ่มที่ 2 ตัวแทนสมาชิกครัวเรือน จำนวน 100 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน และ 3) ยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การกลัวติดโรค การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรค และแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสาร จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 จำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับน้อย (0–17 คะแนน) ในระดับปานกลาง (18–23 คะแนน) และในระดับดี (24–30 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 จำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก จำนวน 19 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ของข้อความทางบวก ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด

เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับน้อย (25–50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (51–75 คะแนน) และในระดับมาก (76–100 คะแนน) ส่วนเกณฑ์การแปลผลในรูปแบบค่าเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับน้อยที่สุด (1–2.32 คะแนน) ในระดับน้อย (2.33–2.88 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.89–3.44 คะแนน) และในระดับมาก (3.45–4 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 จำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ปฏิบัติน้อยที่สุด ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติปานกลาง และปฏิบัติมาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมป้องกันการโรคในระดับน้อย (25–50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (51–75 คะแนน) และในระดับมาก (76–100 คะแนน) ส่วนเกณฑ์การแปลผลในรูปแบบค่าเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมป้องกันการโรคในระดับน้อยที่สุด (1–2.32 คะแนน) ในระดับน้อย (2.33–2.88 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.89–3.44 คะแนน) และในระดับมาก (3.45–4 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลชุมชน ประกอบด้วย ลักษณะชุมชนและข้อมูลพื้นฐานของชุมชน รูปแบบการดำเนินชีวิต และการเคลื่อนย้ายประชากร

ในหมู่บ้าน

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำชุมชน ประกอบด้วย การรับรู้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 สถานการณ์ความเสี่ยงและการเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 ของประชาชนในหมู่บ้าน ปัญหา สาเหตุ พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน และความพร้อมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา

ชุดที่ 3 แบบสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย การวิเคราะห์โยงโยสาเหตุของปัญหา การวางแผนการกำหนดกิจกรรม การประเมินผล และการสร้างมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน

ชุดที่ 4 แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนทั้งในครัวเรือน โรงเรียน และวัด การมีส่วนร่วมของประชาชน และการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคระบบหายใจ พยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์ด้านการวิจัย ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .68 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้นำชุมชนและประชาชนในบ้านเชียงยืน (หมู่ที่ 1) ตำบลเชียงยืน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ร่วมวิจัย จำนวน 2 คน และ 28 คน ตามลำดับ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .62 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19

หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี (เอกสารรับรองเลขที่ IRB RTU UD 05 วันที่ 4 มีนาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 วงรอบ วงรอบละ 4 ขั้นตอน ดังนี้

วงรอบที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2563 (รวมเวลา 3 เดือน) ดังนี้

1.1 การวางแผน (planning) ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2563 ผู้วิจัยพบผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งประชาชนในหมู่บ้าน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานที่มุ่งแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยคนในพื้นที่ร่วมกับผู้วิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย (ข้อ 2) วิเคราะห์สถานการณ์โรค COVID-19 ของชุมชน ก่อนการพัฒนา โดยศึกษาข้อมูลชุมชนและลงบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลชุมชน ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำชุมชน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำชุมชน เพื่อให้ทราบสภาพปัญหา ความต้องการ และความพร้อมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา จากนั้นประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและ

ความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรม การป้องกันโรค COVID-19 ของแกนนำชุมชน และตัวแทนสมาชิกครัวเรือน โดยใช้แบบทดสอบ และแบบสอบถาม มีการประชุมกลุ่มแกนนำชุมชน เพื่อวางแผนดำเนินการ โดยผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 3 ครั้ง โดยใช้แบบสนทนากลุ่ม ดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2563 ดังนี้

การประชุมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ แผนการดำเนินงาน นำผลการวิเคราะห์ชุมชนไปนำเสนอ และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาโรค COVID-19 และแนวทางแก้ไขปัญหา โดยเปิดโอกาสให้แต่ละคน แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การประชุมครั้งที่ 2 ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย กิจกรรม ระยะเวลาในการแก้ไขปัญหา และวิธีการประเมินผล

การประชุมครั้งที่ 3 ทบทวนกิจกรรมที่จะดำเนินการทั้งในระดับครัวเรือน โรงเรียน และวัด คัดเลือกคณะกรรมการในการประเมินผลการปฏิบัติ และเสนอแนวทางการประเมินผล โดยระดับครัวเรือน ให้ตัวแทนครัวเรือนเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติของสมาชิกครัวเรือนตนเอง ระดับโรงเรียน ให้แกนนำนักเรียนเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติของนักเรียนในโรงเรียน ส่วนที่วัด ให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุซึ่งไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ เป็นผู้ประเมินการปฏิบัติของประชาชนที่ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่วัด จากนั้นให้นำเสนอผลการประเมินต่อที่ประชุม

1.2 การปฏิบัติ (action) ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2563 ผู้ร่วมวิจัยทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน รวมทั้งสังเกตการณ์ และบันทึกข้อมูล

จากการปฏิบัติ

1.3 การสังเกตการณ์ (observation) มีการนิเทศติดตาม และประเมินผลทุกเดือน (พฤษภาคม-กรกฎาคม 2563) โดยใช้แบบสอบถาม และแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยแกนนำชุมชน วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นทั้งเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 และอัตราป่วยด้วยโรค COVID-19 รวมทั้งมาตรการป้องกันโรคของชุมชน โดยผู้วิจัย สังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและการประชุมกลุ่มย่อยทุกเดือน เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน

1.4 การสะท้อนผล (reflection) ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2563 ประกอบด้วยการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และการถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงานในรอบที่ 1 โดยพบว่าทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เพิ่มขึ้น มีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 ในระดับมาก สำหรับการมีส่วนร่วมของตัวแทนสมาชิกครัวเรือน พบว่าเข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่ครบทุกขั้นตอน เนื่องจากติดภารกิจการทำงานหาเลี้ยงชีพ การสร้างมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน พบว่ามีการสร้างมาตรการของชุมชนทั้งในระดับครัวเรือน โรงเรียน และวัด เนื้อหาประกอบด้วย การล้างมือเป็นประจำ การสวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคม ส่วนพฤติกรรม การป้องกันโรค COVID-19 พบว่า สมาชิกครัวเรือนบางส่วนไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน และยังมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรม เช่น ไปวัด งานศพ แต่มีการป้องกันโรคโดย อสม.ตรวจวัดอุณหภูมิ หากพบว่ามีไข้ (อุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส) จะไม่อนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรม สำหรับอัตราป่วย

ไม่พบการเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 ในชุมชน

วงรอบที่ 2 ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2563 (รวมเวลา 3 เดือน) ดังนี้

2.1 การวางแผน (planning) ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2563 ผู้วิจัยนำเสนอปัญหาจากการสังเกตและการประเมินผลในวงรอบที่ 1 ในที่ประชุมแกนนำชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาปรับเปลี่ยนกิจกรรมการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการของชุมชน และตามเงื่อนไขที่เหมาะสม ให้ผู้ร่วมวิจัยยืนยันข้อมูลและสะท้อนคิดถึงผลลัพธ์ที่ไม่บรรลุเป้าหมายของการพัฒนา พบว่าเกิดจากสมาชิกครัวเรือนขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันโรคที่จัดขึ้นในชุมชน และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม นักเรียนในโรงเรียนและผู้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่วัด ไม่ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดอย่างจริงจัง ผู้ร่วมวิจัยได้เสนอแนวทางในการพัฒนาโดยมอบหมายให้แกนนำชุมชนแต่ละกลุ่มกระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติ และติดตามประเมินผลทุกสัปดาห์

2.2 การปฏิบัติ (action) ดำเนินการในเดือนกันยายน 2563 ผู้วิจัยประชุมชี้แจงแผนการพัฒนาในวงรอบที่ 2 นำสู่การปฏิบัติในการสร้างการมีส่วนร่วม และทบทวนมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน พบว่า ประชาชนและนักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเดินรณรงค์รอบหมู่บ้าน แจกแผ่นพับให้ความรู้ อสม.เคาะประตูบ้านให้ความรู้รายครัวเรือน กลุ่มแม่บ้านร่วมกันทำหน้ากากผ้าแจกจ่ายให้แก่สมาชิกครัวเรือน สาธิตการทำเจลล้างมือ และระดมทุนสร้างอ่างล้างมือที่ศาลากลางบ้าน

2.3 การสังเกตการณ์ (observation) ใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของสมาชิกครัวเรือน และการประชุมกลุ่มย่อยติดตามการดำเนินงานทุกเดือน (สิงหาคม-ตุลาคม 2563)

เพื่อทราบปัญหาและกระบวนการแก้ไข ในขั้นตอนนี้พบว่า ชุมชนให้ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี แกนนำชุมชนดำเนินงานด้วยความเข้มแข็งและประชาชนยินดีให้การสนับสนุน เพราะเข้าใจและรับรู้ถึงประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ

2.4 การสะท้อนผล (reflection) ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2563 สมาชิกครัวเรือนมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ในระดับมาก และได้มาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน ทั้งในระดับครัวเรือน โรงเรียน และวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ร่วมวิจัย พบว่าผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีอายุต่ำสุด 23 ปี และสูงสุด 75 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 52 ปี ($SD = 9.45$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.90 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.70 มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.80 มีรายได้ในช่วง 5,000–10,000 บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.80 มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.50 ส่วนใหญ่กลัวการติดโรค คิดเป็นร้อยละ 80.50 มีการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค คิดเป็นร้อยละ 98.60 และแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสาร คือ การดู

โทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 93.20 รองลงมา คือ จากบุคลากรทางสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 90.50

2. สถานการณ์โรค COVID-19 ของชุมชนก่อนการพัฒนา พบว่า ในระยะแรกที่มีการระบาดของโรค COVID-19 มีการเคลื่อนย้ายของประชากรวัยทำงานจำนวนมากกลับเข้าสู่หมู่บ้าน ทำให้ประชาชนในหมู่บ้านเกิดความกลัวการติดโรคเนื่องจากหมู่บ้านตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง มีประชากรหนาแน่น การโยกย้ายสาเหตุของปัญหาพบว่ามีสาเหตุ 4 ประการ ได้แก่ 1) ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 2) ประชาชนขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 3) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 ไม่เหมาะสม และ 4) ชุมชนขาดมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ที่จะนำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการป้องกันโรค โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 แก่ประชาชนในหมู่บ้าน วิธีการป้องกันโดยการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อยๆ การเว้นระยะห่างทางสังคม และสนับสนุนหน้ากากอนามัย แต่การดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมและหน้ากากอนามัยที่สนับสนุนไม่เพียงพอต่อความต้องการ ประกอบกับช่วงที่ดำเนินการเป็นช่วงหลังฤดูการเก็บเกี่ยว ทำให้ประชาชนให้ความสำคัญกับการทำงานให้แล้วเสร็จ ส่วนผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 ของแกนนำชุมชนก่อนการพัฒนา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเท่ากับ 21.04 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเท่ากับ 3.57 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเท่ากับ 3.71 ส่วนตัวแทนสมาชิกครัวเรือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ

โรคเท่ากับ 21.76 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเท่ากับ 3.66 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเท่ากับ 3.85

3. กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 มีดังนี้

3.1 การวางแผน ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการแกนนำชุมชน พบว่า แกนนำชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาโรค COVID-19 รับรู้ปัญหาของการดำเนินงานที่ผ่านมา และได้เสนอกิจกรรมในการป้องกันโรค ดังนี้

3.1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 แก่แกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน เพื่อลดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมของคนจำนวนมาก และเคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือนโดยนักศึกษาพยาบาลและ อสม. ที่รับผิดชอบแต่ละคุ้ม

3.1.2 การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 แก่สมาชิกครัวเรือน โดยให้ข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคที่ทันเหตุการณ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นทุกวันทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน และเคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือน

3.1.3 การสำรวจพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนในชุมชน ดำเนินการทั้งในระดับครัวเรือน โรงเรียน และวัด โดยครัวเรือนสำรวจตนเองและลงบันทึกในแบบฟอร์ม และมีการติดตามตรวจสอบการปฏิบัติของครัวเรือนโดย อสม. แกนนำนักเรียนดำเนินการในโรงเรียน และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุดำเนินการที่วัด

3.1.4 การทบทวนมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน

3.2 การดำเนินการตามแผน มีดังนี้

3.2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน พบว่า ผู้ฟังเป็น

ผู้ที่อยู่บ้านในขณะนั้น ผู้ที่ทำงานนอกบ้านจะไม่ได้รับความรู้โดยวิธีนี้ การรับฟังไม่ต่อเนื่อง และได้ยินไม่ชัดเจน การเคาะประตูบ้านให้ความรู้รายครัวเรือนโดย อสม.ประจำคุ้ม กระทำทั้งในเวลากลางวันและตอนเย็นสำหรับผู้ทำงานนอกบ้านพบว่า ประชาชนให้ความร่วมมือดี มีโอกาสแสดงความคิดเห็น และสามารถซักถามเมื่อมีปัญหา การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 หลังทำกิจกรรม พบว่า ทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา

3.2.2 การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 ดำเนินการโดย อสม. และนักศึกษาพยาบาล ให้ข้อมูลการระบาดของโรคทุกวัน

3.2.3 การสำรวจพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ทั้งในครัวเรือน โรงเรียน และวัด พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่เหมาะสมมากขึ้น โดยอยู่บ้าน จะออกจากบ้านเมื่อจำเป็น และสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน ล้างมือบ่อยๆ และเว้นระยะห่างทางสังคม

3.2.4 การทบทวนมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน พบว่า มาตรการที่ร่วมกันกำหนดมีความเหมาะสมดีแล้ว แต่มีปัญหามีบางคนไม่ปฏิบัติ และขาดการประเมินผล ซึ่งได้กำหนดให้อสม. แกนนำนักเรียน และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ เป็นผู้ดำเนินการ

3.3 การสังเกตการณ์ มีการสังเกตพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือน มีการประชุมกลุ่มย่อยติดตามการดำเนินงานทุกเดือน เพื่อทบทวนปัญหาและกระบวนการแก้ไข พบว่า ชุมชนให้ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี แกนนำชุมชนดำเนินงานด้วยความเข้มแข็ง และประชาชนยินดี

ให้การสนับสนุน เพราะเข้าใจและรับรู้ถึงประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ

3.4 การสะท้อนผล โดยการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และการถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงานในแต่ละวงรอบ ผลการดำเนินงานพบว่า สมาชิกครัวเรือนมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ในระดับมาก และได้มาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชนทั้งในระดับครัวเรือน โรงเรียน และวัด

4. ผลลัพธ์ของการพัฒนา มีดังนี้

4.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 พบว่า หลังการพัฒนา ทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรค สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ของแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือน ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p
	M	SD	M	SD		
แกนนำชุมชน (n = 50)						
ความรู้เกี่ยวกับโรค	21.04	2.66	26.08	2.98	28.631	< .001
การรับรู้ความเสี่ยงและ ความรุนแรงของโรค	3.57	.31	3.87	.19	9.194	< .001
พฤติกรรมการป้องกันโรค	3.71	.33	3.94	.06	5.741	< .001
ตัวแทนสมาชิกครัวเรือน (n = 100)						
ความรู้เกี่ยวกับโรค	21.76	3.24	26.54	2.93	82.592	< .001
การรับรู้ความเสี่ยงและ ความรุนแรงของโรค	3.66	.25	3.94	.11	6.483	< .001
พฤติกรรมการป้องกันโรค	3.85	.19	3.97	.05	7.431	< .001

4.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า แกนนำชุมชนจากครัวเรือน โรงเรียน และวัด มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน โดยร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรค และร่วมประเมินผล

แม้ว่าตัวแทนสมาชิกครัวเรือนจะมีส่วนร่วมน้อยในช่วงแรกของการดำเนินการ เนื่องจากมีภาระงานด้านอาชีพ แต่ช่วงหลังที่เสร็จสิ้นภาระงาน มีส่วนร่วมมากขึ้น แกนนำนักเรียนนำความรู้ไปถ่ายทอดให้นักเรียนในโรงเรียน และปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง

ส่วนพระภิกษุได้ถ่ายทอดความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่วัด

4.3 อัตราป่วยด้วยโรค COVID-19 พบว่า ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา ไม่พบการเจ็บป่วยของประชาชนในหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนในหมู่บ้าน คลายความวิตกกังวล และปฏิบัติตามมาตรการของชุมชนที่กำหนดร่วมกัน เนื่องจากเห็นว่าการปฏิบัติดังกล่าวเกิดผลดี สามารถป้องกันโรค COVID-19 ได้

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ในกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 ทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์วางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ถอดบทเรียนร่วมกัน เนื่องจากเห็นความสำคัญและตระหนักว่าการป้องกันโรค COVID-19 เป็นบทบาทหน้าที่ของตน และรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของครัวเรือน และชุมชน โดยมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมในแต่ละวงรอบไปตามสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของคนในชุมชน ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมดำเนินการ ครอบคลุมพื้นที่ในชุมชน ทั้งครัวเรือน โรงเรียน และวัด นับเป็นการสร้างโอกาสให้แกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ สามารถนำเสนอความคิดของตน ต่อกลุ่ม มีความเข้าใจสภาพปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดที่มี ประกอบกับการสนับสนุนจาก องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล และหน่วยงานด้านการศึกษา ทำให้การดำเนินงานเกิดผลดี หลังการพัฒนา

ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 อีกทั้งไม่พบผู้ป่วยโรค COVID-19 ในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ใช้ทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนา ศักยภาพชุมชน ให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหาของชุมชน เกิดความสามัคคี ช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นการสร้างคุณค่าให้แก่วัยรุ่น และเกิดประโยชน์แก่ชุมชน (รัตนานภิส พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, และคลภัญ ทรงแปล, 2561; วรยุทธ นาคอ้าย และคณะ, 2563; สุมาลี จุทอง, 2563)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา ทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แกนนำชุมชนเป็นกลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เป็นกลุ่มแรกๆ ในช่วงที่มีการระบาดของโรค และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนตัวแทนสมาชิกครัวเรือนได้รับการพัฒนาความรู้โดยใช้วิธีการที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิธีการดำเนินชีวิตและสภาพปัญหา ในช่วงที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม จัดการรวมกลุ่ม จัดกิจกรรม โดยการใช้ความรู้ทางหอกระจายข่าว หมู่บ้านและการเคาะประตูบ้านให้ความรู้รายครัวเรือน ซึ่งนับเป็นวิธีการที่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสซักถาม ปัญหา และได้รับคำอธิบาย จึงทำให้ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นกลุ่มแกนนำ มีคะแนนความรู้ในการป้องกันและ

ควบคุมโรคไข้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับดี (วินัย พันอ่อน, จิตมา กัตถัญญ, และวันทนี ชวพงศ์, 2562; วิมลรัตน์ อนุมศรีเดชชัย, ทศวรรษ วัชร, เปรมาภา เนียมเกตุ, และมณีนรัตน์ สวนดอกไม้, 2560) และการให้ความรู้ และกระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ระดับความรู้เรื่อง โรคไข้อย่างมีประสิทธิภาพของประชาชนหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น (อรพินท์ พรหมวิเศษ, ชาตรี ประชาพิพัฒน์, และ สาริณี เพชรเมธ, 2559)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา ทั้งแกนนำ ชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลสถานการณ์ การระบาดของโรค ความเสี่ยงและความรุนแรงของ โรคทุกวัน ด้วยวิธีการที่หลากหลายและเหมาะสม กับกลุ่มเป้าหมาย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านและนักศึกษาพยาบาล ทำให้กลุ่มเป้าหมาย มีการรับรู้ ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ความรุนแรงของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมากที่สุด (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกชา สิงห์วีธรรม, และนภาพร คำแสงสวัสดิ์, 2563)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา ทั้งแกนนำ ชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 สูงกว่าก่อน การพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบาย ได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม มีการทำงานเป็นทีม และมีการทำงานที่เป็นระบบ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ โรค COVID-19 และสามารถจัดการตัวเองให้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับ การศึกษาที่พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุ

มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วม โครงการ (อารี พุ่มประไพทย์ และจรรยา เสียงเสนะ, 2560)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปใช้ในการป้องกันโรค COVID-19 ในพื้นที่อื่น โดย จัดกิจกรรมให้ความรู้ เสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรค และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่ ผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงาน

1.2 บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปใช้ในการป้องกันโรคอื่นๆ หรือโรคอุบัติใหม่ ที่อาจ เกิดขึ้นในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการปฏิบัติตามบทของ แกนนำชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 ในพื้นที่ ครัวเรือน โรงเรียน และวัด

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เพื่อ ประเมินความต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2564ก). *แนวทางปฏิบัติเพื่อ การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชน ทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf

- กรมควบคุมโรค. (2564ข). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://covid19.ddc.moph.go.th/>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *การจัดระบบ อสม. และภาคประชาชน สำหรับ Local quarantine และ Home quarantine*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/km08_120363.pdf
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, และนภาพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 92–103.
- รัตยานภิส พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, และดลปัทม ทรงเลิศ. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กระบวนการพัฒนาการเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 211–223.
- รัตยานภิส รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงสตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา ลำแดงสาร, และดลปัทม ทรงเลิศ. (2561). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 11(1), 231–238.
- วรายุทธ นาคอ้าย, กมลนันทน์ ม่วงขี้ม, และเดชาวรรณพาหุล. (2563). กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด 19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุพหุพิสัยชุมชนหนองตะโก. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี*, 14(3), 20–30.
- วินัย พันอ้วน, จิตติมา กัตถัญญ, และวันทนี ชวพงศ์. (2562). ความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. *พจนานุกรม*, 15(2), 149–159.
- วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, ทศวรรณ วัชร, เปรมิกา เนียมเกตุ, และณิรัตน์ สวนดอกไม้. (2560). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาครั้งที่ 2 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม* (น. 1730–1734). สืบค้นจาก <http://gs.rmu.ac.th/grc2017/fullpaper/file/SC-P-02.pdf>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2563). *กรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคโควิด-19*. สืบค้นจาก <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8433>
- สอยฤทัย เกลี้ยงนิล. (2563). *รัฐ-ชุมชนกับการจัดการภัยพิบัติโรคไวรัสโควิด 19 พื้นที่ถนนข้าวสาร เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร*. สืบค้นจาก http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2562_1597741815_6114832006.pdf
- สุมาลี จูทอง. (2563). *การจัดการภัยพิบัติโรคระบาดโควิด 19 ในพื้นที่ชุมชนริมคลองหัวหมากน้อย สำนักงานเขตบางกะปิ*. สืบค้นจาก http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2562_1597737114_6114832048.pdf

- อรพินท์ พรหมวิเศษ, ชาตรี ประชาพิพัฒน์, และ
 ศาโรจน์ เพชรมณี. (2559). กระบวนการ
 มีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและ
 ควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้เทคนิค
 กระบวนการ Appreciation Influence
 Control: บ้านช่องอินทนิล หมู่ 10 ตำบล
 ตะกุกเหนือ อำเภอบัวแก้ว จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
*วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัย
 ขอนแก่น*, 4(2), 167–183.
- อารี พุ่มประไพทย์, และจรรยา เสี่ยงเสนาะ. (2560).
 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรม
 การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสาร
 เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข
 ภาคใต้*, 4(3), 160–175.
- Gilmore, B., Ndejjo, R., Tchetchia, A., de
 Claro, V., Mago, E., Diallo, A. A., ...
 Bhattacharyya, S. (2020). Community
 engagement for COVID-19 prevention
 and control: A rapid evidence synthesis.
BMJ Global Health, 5(10), e003188.
 doi:10.1136/bmjgh-2020-003188
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R.
 (2014). *The action research planner:
 Doing critical participatory action
 research*. Singapore: Springer. Retrieved
 from [https://www.worldcat.org/title/
 action-research-planner-doing-critical-
 participatory-action-research/oclc/
 940712579](https://www.worldcat.org/title/action-research-planner-doing-critical-participatory-action-research/oclc/940712579)
- Sathiadas, M. G. (2020). Community
 participation during Covid-19. *Jaffna
 Medical Journal*, 32(1), 1. doi:10.4038/
 jmj.v32i1.84

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี*

Development of an Appropriate Health Care System for the Aging Society: A Case Study of Bangkaja Community, Muang District, Chanthaburi Province*

รัชชนก กลิ่นชาติ, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) ¹

Rudchanok Klinchat, M.N.S. (Nursing Education) ¹

ขวัญศิริ เจริญทรัพย์, ป.ด. (การพัฒนารรมาภิบาล) ² ธันวา จิตต์สงวน, Ph.D. (Economics) ³

Kwansiri Charoensup, Ph.D. (Governance Development) ² Thanwa Jitsanguan, Ph.D. (Economics) ³

Received: April 6, 2021 Revised: June 16, 2021 Accepted: June 19, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหวิทยาการ เพื่อตรวจสอบระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนบางกะจะ จังหวัดจันทบุรี เพื่อสะท้อนถึงการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมสูงอายุของไทย ซึ่งเป็นแนวโน้มที่สำคัญของโลก มีการประยุกต์ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การจัดทำแผนกลยุทธ์แบบถ่วงน้ำหนัก และการใช้เศรษฐศาสตร์สุขภาพเชิงประยุกต์ ในการวิจัยครั้งนี้ วัตถุประสงค์ เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาแบบบูรณาการสำหรับการสร้างระบบชุมชนที่เป็นมิตรกับ

* คุษณินพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

* Dissertation of Philosophy Program in Interdisciplinarity of Sustainable Development, Faculty of Humanities and Social Sciences, Rambhai Barni Rajabhat University

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: krudchanok5@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Humanities and Social Sciences, Rambhai Barni Rajabhat University: Major Advisor

³ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Expert, Faculty of Economics, Kasetsart University: Co-advisor

ผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563 ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่น .93 จากผู้สูงอายุ จำนวน 240 คน รวมทั้งจัดเวทีชุมชน 2 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมครั้งละ 44 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การดำรงอยู่ที่เข้มแข็งของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เกี่ยวข้องกับ 3 หุ้นส่วน การพัฒนาที่สำคัญ คือ สมาชิกในชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน ซึ่งจะแสดงบทบาทหน้าที่แตกต่างกันในการสนับสนุนชุมชน นอกจากนี้ กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเปรียบเสมือนศูนย์กลางของการพัฒนาชุมชนในกรณีนี้ ยังมีความหลากหลายในภาวะสุขภาพ ครอบครัวยุค และความต้องการการดูแล ดังนั้น การประยุกต์ใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จากองค์การอนามัยโลก ในเวทีประชุมกลุ่ม จึงพบว่ามี จำนวน 9 โครงการ ที่เป็นความต้องการระดับสูงสุดของชุมชน รวมทั้งการประมาณการลงทุนในโครงการต่างๆ เมื่อเทียบกับต้นทุนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่สมมุติให้ลดลง แสดงถึงความเป็นไปได้ในทางเศรษฐศาสตร์ที่สมควรจะดำเนินการจริง

จากการวิจัยครั้งนี้เสนอให้ขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุภายใต้ 4 พันธกิจ คือ 1) ทบทวนสถานภาพด้านผู้สูงอายุของชุมชน 2) จัดทำแผนส่งเสริมเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย 3) ดำเนินงานโครงการอย่างบูรณาการทุกระดับ และ 4) สร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชนอย่างยั่งยืน โดยได้นำเสนอแนวทางและมาตรการต่างๆ ใน 3 ลักษณะ คือ 1) การผลักดันและให้บริการ 2) การนำเสนอและการสนับสนุน และ 3) การตอบสนองและการมีส่วนร่วม จากบทบาทของหุ้นส่วนการพัฒนาหลักต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน เป็นการสรุปสุดท้าย

คำสำคัญ: ระบบการดูแลสุขภาพ สังคมสูงอายุ ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดจันทบุรี

Abstract

The research was an interdisciplinary study to investigate the existing health care system of Bangkokja community in Chanthaburi Province in order to respond to global trend in preparing the Thai aging society. The mixed method research (MMR), participatory action research (PAR), weighted SWOT planning and applied health economics (AHE) were all employed in this research. Accordingly, the research aimed to suggest the integrated development approach for the age-friendly community through all involved participating sectors. Collection of data, with the reliability of interview questionnaires at .93, was derived during September 2019-May 2020 from the interview of 240 aging people together with 2 group meetings attained by 44 participants. Data were analyzed by frequency, percentage, and content analysis.

The research found that the solid formation of age-friendly community was related to 3 key development partners including community members, local organizations and external agencies. These partners would play different leading roles in supporting the age-friendly community together. The aging people as the center of community development plan were also very diverse in their health status, family background and caretaking demand. Application of the age-friendly community concept (AFC/WHO) in the group meetings revealed 9 significant priority projects in the studied community. Estimation of financial investment in such projects as compared with the assumedly decreased health cost of aging people concluded that these proposed projects were economically feasible.

The research therefore suggested the movement of age-friendly community within the participatory approach of 4 main missions including retreat of community situation, specific promotion plans, integrated project implementation and sustainable community health care agenda. Various approaches and measures from 3 main interaction including motivation and service, presentation and support as well as response and participation from different development partners were finally suggested.

Keywords: Health care system, Aging society, Age-friendly community, Chanthaburi Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทิศทางหลักของการพัฒนาของโลกในปัจจุบันและอนาคตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้สำหรับทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทย คือ การพัฒนาปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและอาชีพตามสภาวะโลกร้อน การพัฒนาของเทคโนโลยีที่รวดเร็ว ทดแทนแรงงาน โลกไร้พรมแดนสำหรับคนจากทุกประเทศ สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีมากขึ้นอย่างชัดเจน การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ส่งผลกระทบถึงกันทั่วโลก ทุกประเทศในโลกจึงต้องเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ดังกล่าว ในผลกระทบด้านต่างๆ ที่กำลังเกิดขึ้น

ใน พ.ศ. 2561 มีประชากรโลกทั้งหมดประมาณ 7,633 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.97 และยังคงคาดการณ์ว่าจำนวน

ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 1.5 พันล้านคน ใน พ.ศ. 2593 (United Nations [UN], 2019) สำหรับประเทศไทยใน พ.ศ. 2561 มีประชากร 66 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562) ซึ่งการเป็นสังคมสูงอายุมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนชัดเจนมากขึ้น อาทิ ระบบคมนาคม การย้ายถิ่น สภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต การบริโภค การออกกำลังกาย การพักผ่อน ปัญหามลพิษ สารปนเปื้อน และสารก่อมะเร็งเพิ่มขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2558) กล่าวได้ว่า ภาพรวมของโลกเป็นสังคมสูงอายุ และในอนาคต ผู้สูงอายุจะมีจำนวน

เพิ่มมากขึ้น ยิ่งทำให้การเตรียมพร้อมรับประชากรที่เข้าสู่สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ต้องรีบแก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสุขภาพซึ่งมีความสำคัญ เพราะการมีสุขภาพดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อันเป็นผลมาจากการมีระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในเรื่องสุขภาพของประชากรทั่วโลก ได้เสนอให้ใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age-friendly community [AFC]) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้ในการนำไปสู่เป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อสูงอายุ มีองค์ประกอบ 8 ประเด็น ได้แก่ 1) พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร 2) การคมนาคมขนส่งและการสัญจร 3) ที่อยู่อาศัย 4) การมีส่วนร่วมทางสังคม 5) การเคารพและการยอมรับในสังคม 6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน 7) การสื่อสารและการให้ข้อมูล และ 8) การสนับสนุนของชุมชนและการให้บริการด้านสุขภาพ (WHO, 2007) หากชุมชนมีการพัฒนาดังกล่าว จะทำให้มีสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งมีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แปลเป็นภาษาไทย และกระทรวงมหาดไทยได้นำมาใช้สำหรับการตรวจสอบสภาพเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของทุกจังหวัด อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการพัฒนาแบบตรวจสอบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับตำบลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งจะต้องมีความร่วมมือระหว่างคนในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงจะทำให้เกิดแผนการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทได้

การเลือกพื้นที่กรณีศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้บริบทและข้อจำกัดที่มีอยู่ เพื่อให้ได้รูปแบบของ

ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริง จึงนับได้ว่าเป็นทางออกหนึ่งของปัญหาสังคมสูงอายุที่มีแนวโน้มว่าจะมีปัญหามากขึ้น หากไม่มีการเตรียมพร้อมที่ดี การวิจัยครั้งนี้เลือกพื้นที่กรณีศึกษา ได้แก่ หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 ตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เฉพาะที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ ใช้ชื่อเรียกพื้นที่ขอผลดังกล่าวในการวิจัยครั้งนี้ว่า “ชุมชนบางกะจะ” สาเหตุที่ศึกษาในชุมชนนี้ เนื่องจากมีทุนทางสังคมในหลายมิติ อันเป็นพื้นฐานการพัฒนาที่มีความพร้อมเป็นชุมชนเก่าแก่ทางประวัติศาสตร์ โดยเฉพาะเป็นแหล่งรวมพลกษัตริย์ในสมัยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เมื่อ พ.ศ. 2310 มีประชากรหนาแน่น อาศัยมาแต่โบราณ มีผู้นำชุมชนที่ขับเคลื่อนโครงการพัฒนาผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีประชากรทั้งหมด 2,879 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 583 คน (เทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี, 2562) อัตราส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.25 นั่นหมายถึง ชุมชนนี้เป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society)

แนวคิดการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุถือเป็นนโยบายระดับชาติ ที่ได้ถ่ายทอดลงมายังทุกจังหวัด เพื่อให้ดำเนินการในเบื้องต้นบ้างแล้ว อย่างไรก็ตาม ระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนบางกะจะนั้น ยังมีได้มีการนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมาใช้ จึงนับเป็นโอกาสดีที่การวิจัยครั้งนี้จะได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางแห่งความคิดในการศึกษา

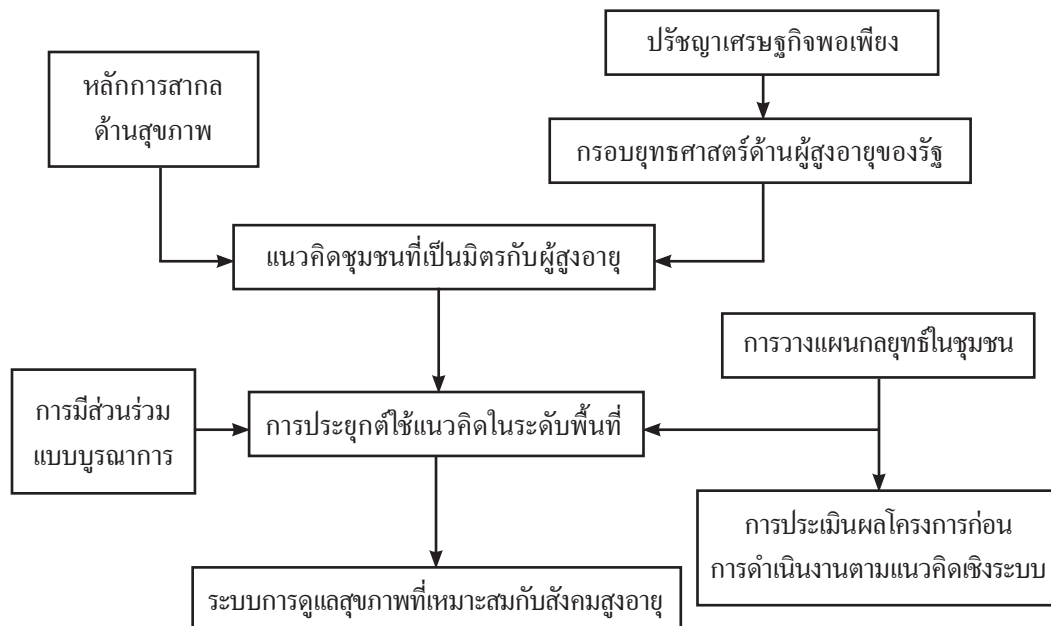
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อประเมินผลก่อนการดำเนินการของโครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญในชุมชนกรณีศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากหลักการสากลด้านสุขภาพ (AFC/WHO) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs/UN) ซึ่งเป็นแนวคิดระดับโลก ที่นำมาใช้ในการรับมือกับสถานการณ์สังคมสูงอายุของประเทศไทย โดยมีกรอบการปฏิบัติของภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ซึ่งมีการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นฐานคิดในการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อันเป็นแผนแม่บทกรอบการปฏิบัติของภาครัฐ ทั้งนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นำ AFC/WHO มาแปลเป็นภาษาไทย ถ่ายทอดมายังระดับจังหวัด เมื่อนำสู่การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในระดับพื้นที่ ได้มีการปรับแก้ไขให้มีความเหมาะสมตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงให้สมาชิกในชุมชนบางกะจะ ได้มีส่วนร่วมแบบบูรณาการ ในการพิจารณา ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่

ทั้ง 8 ประเด็น และร่วมกันกับภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ให้น้ำหนักปัจจัยสภาพแวดล้อม เพื่อให้ได้กลยุทธ์และโครงการต่างๆ ร่วมกันประเมินผลโครงการก่อนการดำเนินงานตามแนวคิดเชิงระบบ (ex-ante system evaluation) โดยพิจารณาปัจจัยนำเข้า (input) โครงการ (project) ผลผลิต (output) ผลลัพธ์ (outcome) และผลกระทบ (impact) ของแต่ละโครงการ รวมทั้งนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นเกณฑ์องค์ประกอบร่วม เพื่อตัดสินใจลำดับความสำคัญของโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาครัฐอย่างแท้จริง สุดท้ายจึงสังเคราะห์ให้ได้ระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุของชุมชนบางกะจะ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหวิทยาการ (interdisciplinary research) บูรณาการศาสตร์ 3 สาขาวิชา ได้แก่ การพยาบาล สังคมวิทยา และ เศรษฐศาสตร์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผสมผสาน แบบคู่ขนาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะ ได้แก่ หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 ตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัด จันทบุรี เฉพาะที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ จำนวน 583 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 2) สื่อสารได้เข้าใจ 3) เคยไปร่วมกิจกรรมทางสังคม ในชุมชน 4) ไม่เป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Yamane (1967) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 238 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 262 คน เมื่อเก็บรวบรวม ข้อมูลจริง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน (คิดเป็น ร้อยละ 91.60) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบ ขั้นภูมิ ตามสัดส่วนประชากร

ส่วนที่ 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะอย่างน้อย 10 ปี 2) ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 3) สื่อสารได้เข้าใจ 4) กล้าแสดงความคิดเห็น 5) เคยไปร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชน 6) ไม่เป็น โรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และ 7) ยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นลูกหลาน หรือญาติของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับ ผู้สูงอายุ และเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีการดูแลผู้สูงอายุมานานอย่างน้อย 1 เดือน 2) สื่อสารได้เข้าใจ 3) ไม่เป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะ แพร่เชื้อ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน

กลุ่มที่ 3 บุคลากรภาครัฐ เลือกแบบ เจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ในองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ ได้แก่ เทศบาลตำบล บางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงาน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด จันทบุรี 2) ไม่เป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ เป็น แบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ระดับพื้นที่ ผู้วิจัยปรับจากแบบตรวจสอบชุมชน ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ของกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 160 ข้อย่อย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ 1) ผู้วิจัย ซึ่งได้รับใบรับรองหลักสูตรหลักจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์สำหรับนักศึกษา/นักวิจัย จากสำนักงาน การวิจัยแห่งชาติ ผ่านการประชุม และการลงพื้นที่ ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมาแล้ว รวมทั้งมีความรู้ ในสหสาขาวิชา และ 2) คำถามปลายเปิดที่ใช้เก็บรวบรวม ข้อมูล

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับ

ผู้สูงอายุระดับพื้นที่ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัย และอาจารย์วิทยาลัยพยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับแบบสัดส่วนเฉลี่ย (scale-level CVI) เท่ากับ .86 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81 เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ได้ค่าเท่ากับ .93 ส่วนคำถามปลายเปิดที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ ใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล ด้านเทคนิค วิธีการเก็บข้อมูล และใช้สหวิทยาการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 064 วันที่ 18 กันยายน 2562) ผู้วิจัยจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากเทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จำนวน 240 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการระดมสมอง ผ่านการจัดเวทีชุมชน จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 12 ตุลาคม 2562 ระดมสมองจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 34 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน และบุคลากรภาครัฐ จำนวน 5 คน รวมจำนวน 44 คน ร่วมกันให้ความเห็นผ่านกลไกของ SWOT ที่มีการถ่วงน้ำหนักปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เพื่อนำไปออกแบบเป็นโครงการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตามแนวคิดสากลที่ประยุกต์สู่ท้องถิ่น และเป็นการเตรียมคืนข้อมูลให้ชุมชนพิจารณาในเวทีชุมชนครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 วันที่ 3 พฤศจิกายน 2562 ระดมสมองจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 33 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน และบุคลากรภาครัฐ จำนวน 5 คน รวมจำนวน 44 คน (เท่ากับครั้งที่ 1) ร่วมกันพิจารณาการนำเสนอกลยุทธ์โครงการ ผลการประเมินก่อนการดำเนินงานโครงการเพื่อตรวจสอบ แสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปรับปรุง จัดลำดับความสำคัญของโครงการ และนำข้อมูลมาสังเคราะห์เป็นระบบการดูแลสุขภาพชุมชน

ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ชุมชนบางกะจะมีการพัฒนาในลักษณะต่างๆ ที่สอดคล้องกับแนวคิดสากลในระดับค่อนข้างดี ($n = 240$ คน) พบว่า การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.50 และการมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 25

2. ผลจากการระดมความคิดเห็น ผ่านการจัด

เวทีชุมชนทั้ง 2 ครั้ง พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ 4 ลักษณะ คือ จุดแข็งและจุดอ่อนจากภายในชุมชน พร้อมทั้ง โอกาสและอุปสรรคจากภายนอกชุมชน ได้รับการจัด ลำดับความสำคัญและน้ำหนักต่อการพัฒนาชุมชน ให้เป็นเกรด A, B และ C ตามลำดับ เมื่อนำมา วิเคราะห์กลยุทธ์ (strategies) จากการถ่วงน้ำหนัก ปัจจัยทั้งหมด (weighted SWOT) ทำให้ได้กลยุทธ์หลัก ที่สำคัญ 6 กลยุทธ์ ดังนี้ 1) เร่งพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ ตามนโยบายของรัฐโดยใช้งบประมาณจากภายใน และภายนอกชุมชน 2) เร่งพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุให้มีสัมฤทธิ์ผลสอดคล้องกับนโยบายพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3) ส่งเสริมกิจกรรมโรงเรียน ผู้สูงอายุ ในการเน้นแนวทางป้องกันมากกว่ารักษา และลดผลกระทบจากอบายมุข ยาเสพติด โรคติดต่อ และสารพิษ 4) ส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทาง พอเพียง มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อป้องกันภาวะ คุกคามจากภายนอกชุมชน 5) ปรับปรุงระบบบริการ สาธารณะและที่อยู่อาศัยให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน และ 6) สร้างระบบการให้คำตอบแทนสำหรับผู้สูงอายุ

ที่สุขภาพดี เพื่อให้มีแรงจูงใจ และเป็นต้นแบบที่ดี สำหรับคนอื่นได้

จากกลยุทธ์ดังกล่าว ได้พัฒนาเป็นโครงการ (projects) ที่ตอบสนองต่อกลยุทธ์ เพื่อให้เป็นรูปธรรม ในการพัฒนาเชิงองค์รวมทั้งตัวบุคคลและชุมชน ซึ่งมีการคัดเลือกและดำเนินการตามหลักปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง คือ เป็นโครงการที่ล้วนเกิดขึ้น ด้วยเหตุผลที่ดี ทำแบบพอประมาณ และเป็นการสร้าง ภูมิคุ้มกันแก่ชุมชนกรณีศึกษา รวมทั้งแต่ละโครงการ มีความสัมพันธ์กับประเด็นในการพัฒนา AFC/WHO ได้ครบทั้ง 8 ประเด็น ได้แก่ 1) การมีพื้นที่ชุมชน สำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน 2) การมีระบบ คมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ 3) การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ให้เข้าร่วม 5) การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับ ในสังคม 6) การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและ จิตอาสา 7) การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ และ 8) การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสอดคล้องของโครงการกับลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 8 ประเด็น

ประเด็น AFC/WHO	ชื่อโครงการที่ประยุกต์ใช้ AFC ในชุมชนกรณีศึกษา
การมีพื้นที่ชุมชน	โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
การมีระบบคมนาคม	โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ
การสื่อสาร	โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง
การมีโอกาสทำงาน	โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี
การมีบ้านที่อยู่อาศัย	โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
การมีกิจกรรมสังคม	โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ
การได้รับการเคารพ	โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ
การให้บริการสุขภาพ	โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ
	โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล

โครงการทั้ง 9 โครงการ เป็นความต้องการระดับสูงสุดของชุมชน โดยผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ให้คะแนนแต่ละโครงการตามความคิดเห็นของตนเองหลังจากที่ได้ร่วมกันระดมสมองแล้ว โดย

ให้คะแนน 1-10 คะแนน (ต้องการต่ำสุด = 1 สูงสุด = 10) พบว่า โครงการที่ควรได้รับการดำเนินการเป็นอันดับแรก คือ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการจัดลำดับความสำคัญของโครงการพัฒนาชุมชนจากการระดมสมองผ่านการจัดเวทีชุมชน

ชื่อโครงการ	คะแนน	ลำดับความสำคัญ
1. โครงการปรับปรุงระบบสาธารณสุขให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	327	6
2. โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ	323	7
3. โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง	311	8
4. โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	353	3
5. โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	335	4
6. โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	328	5
7. โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	305	9
8. โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	369	1
9. โครงการพัฒนาระบบการเชื่อมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล	358	2

ดังนั้น เมื่อดำเนินงานในทุกโครงการสำเร็จลงจะทำให้เกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนในเชิงระบบ กล่าวคือ เกิดผลผลิตจากโครงการต่างๆ จำนวน 9 โครงการ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว และก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามมา 6 ประการ ได้แก่ 1) ทักษะชีวิตที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุจากมุมมองของสมาชิกชุมชน 2) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีพอเพียง 3) ภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ 4) การประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ 5) การเพิ่มรายได้ที่เป็นตัวเงินของ

ประชากรสูงอายุ และ 6) ศูนย์กลางของพลังชุมชน รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว จำนวน 4 ประการ ได้แก่ 1) ต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 2) ชุมชนมีความเข้มแข็ง อบอุ่นจากการมีส่วนร่วม 3) ความพร้อมของชุมชนในการรองรับกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต และ 4) คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนทุกคน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลสัมฤทธิ์เชิงระบบของโครงการ

ชื่อโครงการ	ผลผลิต (output)	ผลลัพธ์ (outcome)	ผลกระทบ (impact)
1. โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	ระบบขนส่งมวลชนที่ ถนน ห้องน้ำสาธารณะที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และ ระบบเสียงตามสายที่ได้ผล ครอบคลุมทั่วพื้นที่	ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ลดลง จากการเกิดอุบัติเหตุของ ผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชน ที่น้อยลง	คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และสมาชิกชุมชนทุกคน รวมทั้งความปลอดภัยของ ชุมชนในการรองรับกลุ่ม ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น
2. โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ	อาคารเรียน และอุปกรณ์ ต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ สำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุ	ศูนย์การเรียนรู้ของชุมชน ทำให้ยังคงมีสุขภาพดี แม้จะสูงอายุ ช่วยประหยัด ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ	คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และความพร้อมของชุมชน ในการส่งเสริมการเรียนรู้ ของกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต
3. โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง	แปลงผักสวนครัวปลอด สารพิษประจำหมู่บ้าน จากการมีส่วนร่วมของ สมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษา จากการได้รับสารพิษ ส่งเสริมให้สุขภาพดี และ เพิ่มรายได้ของผู้สูงอายุจาก การขายผักปลอดสารพิษ	ต้นแบบชุมชนสำหรับ การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุ ที่มีความเข้มแข็ง และพึ่งตนเองมากขึ้น
4. โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	ระบบการพิจารณาให้ ค่าตอบแทนผู้สูงอายุที่มี สุขภาพดี	การประหยัดค่าใช้จ่ายทาง สุขภาพจากการมีสุขภาพดี ของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ เป็นศูนย์กลางของพลังชุมชน	ต้นแบบในการพัฒนาชุมชน และคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุ จากระบบแรงจูงใจ ที่เหมาะสม
5. โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทั้งในบ้านและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	สภาพแวดล้อมทั้งในบ้านและ บริเวณรอบบ้านที่อยู่อาศัย มีความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลจากการล้มของ ผู้สูงอายุ	การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคน ในครัวเรือน กลุ่มครัวเรือน และชุมชน
6. โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมสุขภาพครบ องค์รวมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ	การประหยัดค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาลจาก การชะลอการเกิดโรคที่เสื่อม ตามวัย และเกิดภาวะสุขภาพ ดีในผู้สูงอายุ	คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จากการเรียนรู้และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันทางวิชาการและ ทางปฏิบัติ

ตารางที่ 3 ผลสัมฤทธิ์เชิงระบบของโครงการ (ต่อ)

ชื่อโครงการ	ผลผลิต (output)	ผลลัพธ์ (outcome)	ผลกระทบ (impact)
7. โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในคุณค่าของผู้สูงอายุ	ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสมาชิกชุมชน ก่อให้เกิดศูนย์กลางของพลังชุมชนจากผู้สูงอายุ	ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและอบอุ่นจากการตระหนักถึงคุณค่าและบทบาทของผู้สูงอายุ
8. โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ	การส่งเสริมองค์ความรู้จากระบบเครือข่ายในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ใช้ได้ในชีวิตจริง	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ ประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ	คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเป็นต้นแบบสำหรับสมาชิกชุมชนทุกช่วงวัยได้ปฏิบัติตาม
9. โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล	ระบบการเยี่ยมบ้านที่มีคุณภาพและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงทั้งชุมชน รวมทั้งมีฐานข้อมูลกลุ่มที่ทันสมัย	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง	ความพร้อมของครอบครัวในการรองรับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และเป็นต้นแบบการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในอนาคต

ผลจากการดำเนินโครงการทั้งหมด จึงเกิดเป็นประโยชน์ในเชิงบูรณาการ (integrated benefit) คือ ทุกโครงการล้วนแต่สร้างประโยชน์ที่สนับสนุนกันและกันในการช่วยดูแลสุขภาพชุมชนในทางที่ดีขึ้น มีการเจ็บป่วยลดลง และมีดัชนีชี้วัดที่สำคัญ คือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ประหยัด (health cost saving) ซึ่งมีทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายระหว่างพักฟื้นที่บ้าน และค่าสูญเสียรายได้จากการทำงาน แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คิดเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาล หากสมมุติว่า ผลประโยชน์ (benefit [B]) ที่เกิดขึ้นจากโครงการต่างๆ ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลงได้ร้อยละ 10, 15, 20, 25 และ 30 เปรียบเทียบกับการประมาณการลงทุนในทุกโครงการ (cost [C]) ซึ่งประเมินเป็นมูลค่า

ปัจจุบัน (discounted present values) ในระยะเวลา 5 ปี และ 10 ปี ได้ 2.78 และ 3.19 ล้านบาท ตามลำดับ ดังเช่น ทุกโครงการมีมูลค่าปัจจุบันของการลงทุน 2.78 ล้านบาท เทียบกับผลประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นราว 1.13 ล้านบาท เมื่อคิดจากระยะเวลา 5 ปี จะก่อให้เกิดอัตราส่วน B/C เท่ากับ 0.40 เป็นต้น อัตราส่วน B/C ดังกล่าว หากได้ค่ามากกว่า 1 จะถือว่ามีความเป็นไปได้ในทางเศรษฐศาสตร์ สมควรจะมีการดำเนินการจริงได้

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินโครงการที่กำหนดอายุของประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุภายในเวลา 5 ปี จะมีความเป็นไปได้ของโครงการคือ มีอัตราส่วน B/C เท่ากับ 1.21 หากสมมุติว่าโครงการทั้งหมดจะสามารถลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

ของผู้สูงอายุลงได้ร้อยละ 30 และหากคิดอายุโครงการในเวลา 10 ปี จะมีความเป็นไปได้ เมื่อสมมติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการเหล่านี้ มิได้เกิดเฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเดียว แต่ยังเกิดกับคนในช่วงวัยอื่นๆ ในชุมชนอีกด้วย เพราะลักษณะของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุนั้น ย่อมจะเป็นมิตรกับคนทุกช่วงวัยเช่นกัน อาทิ การมีรถฉุกเฉิน ถนน ห้องน้ำสาธารณะ เสียงตามสาย หรือการเผยแพร่ความรู้

ดังนั้น หากคิดประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับคนทุกช่วงวัย (อายุ 11 ปีขึ้นไป) จะยิ่งทำให้ความเป็นไปได้ของโครงการที่สมควรจะดำเนินการจริงเพิ่มขึ้น อาทิ มีอัตราส่วน B/C เท่ากับ 1.13 และ 1.85 เมื่อสมมติให้ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของคนทุกช่วงวัยลงได้เพียงร้อยละ 15 ในระยะเวลา 5 ปี และ 10 ปี ตามลำดับ ซึ่งจะเป็นการประเมินที่ใกล้เคียงกับความจริงของชุมชนกรณีศึกษามากกว่าที่จะสมมติให้ประโยชน์ตกแก่กลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประโยชน์ที่ได้รับกับการลงทุนในการดำเนินโครงการ

อายุ (ปี)	ระยะ เวลา (ปี)	มูลค่าคิดลด (discounting) (ล้านบาท)						ความเป็นไปได้ของโครงการ				
		การ ลงทุน (C)	ผลประโยชน์ (B)					B/C				
			ร้อยละของ B ที่สมมติให้ลดลง					ร้อยละของ B ที่สมมติให้ลดลง				
			10	15	20	25	30	10	15	20	25	30
> 60	5	2.78	1.13	1.70	2.25	2.82	3.38	.40	.61	.81	1.01	1.21
	10	3.19	2.10	3.15	4.20	5.25	6.30	.66	.99	1.32	1.65	1.98
≥ 11	5	2.78	2.11	3.16	4.21	5.27	6.32	.76	1.13	1.51	1.89	2.27
	10	3.19	3.92	5.89	7.85	9.81	11.80	1.23	1.85	2.46	3.08	3.69

ที่มา: ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2561)

3. ระบบการดูแลสุขภาพโดยใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางความคิด หรือที่ใช้ชื่อเรียกว่า Age-friendly Community of Bangkokja (AFC/BKJ) จะประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) ผลผลิต (output) ผลลัพธ์ (outcome) และผลกระทบ (impact) ซึ่งปัจจัยนำเข้ามีทั้งทรัพยากรด้านต่างๆ งบประมาณการบริหารจัดการ และผู้รับผิดชอบ โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก หรือหุ้นส่วนการพัฒนาชุมชนที่สำคัญ 3 ภาคส่วน ประกอบด้วย 1) สมาชิกชุมชน (community members)

ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่มในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) องค์กรท้องถิ่น (local organizations) ได้แก่ เทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ วัดและโรงเรียนประจำท้องถิ่น และ 3) หน่วยงานภายนอกชุมชน (external agencies) ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุค่ายเนินวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี วิทยาลัยพยาบาล

พระปกเกล้า จันทบุรี มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดจันทบุรี องค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี

สำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด
ชมรมกระต่ายอาสา โดยมีบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่ม
ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 หน้าที่ส่วนการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุและบทบาทหน้าที่หลัก

หน้าที่ส่วนการพัฒนา	บทบาทหน้าที่หลัก
1. สมาชิกชุมชน	- ผลักดันองค์กรท้องถิ่นให้มีการพัฒนาชุมชนที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน - ให้ข้อมูลที่แท้จริง และมีความกระตือรือร้นในการแจ้งข้อมูลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง - ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม โครงการในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ - มีส่วนร่วมในการสร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชนให้สำเร็จ ทุกคนต้องเข้าใจว่าการพัฒนาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นเรื่องของทุกคน เพราะทุกคนล้วนต้องกลายเป็นผู้สูงอายุในที่สุด
2. องค์กรท้องถิ่น	- จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุแต่ละคนให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เพื่อให้มีข้อมูลในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ และดูแลได้สอดคล้องตามภาวะสุขภาพของแต่ละคน - ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ให้พึ่งตนเองได้ และพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ - ร่วมสร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชน และเข้าใจว่าการพัฒนาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุจะต้องคงมีอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าผู้รับผิดชอบในองค์กรจะเป็นใครก็ตาม
3. หน่วยงานภายนอกชุมชน	- สนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร และให้คำปรึกษาในการบริหารจัดการโครงการพัฒนาชุมชน ตามความเชี่ยวชาญของแต่ละองค์กร - สนับสนุนด้านการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และประชุมอบรม เพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างชุมชนกับภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด - ทำวิจัยและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิชาการแบบมีส่วนร่วมแก่ชุมชน

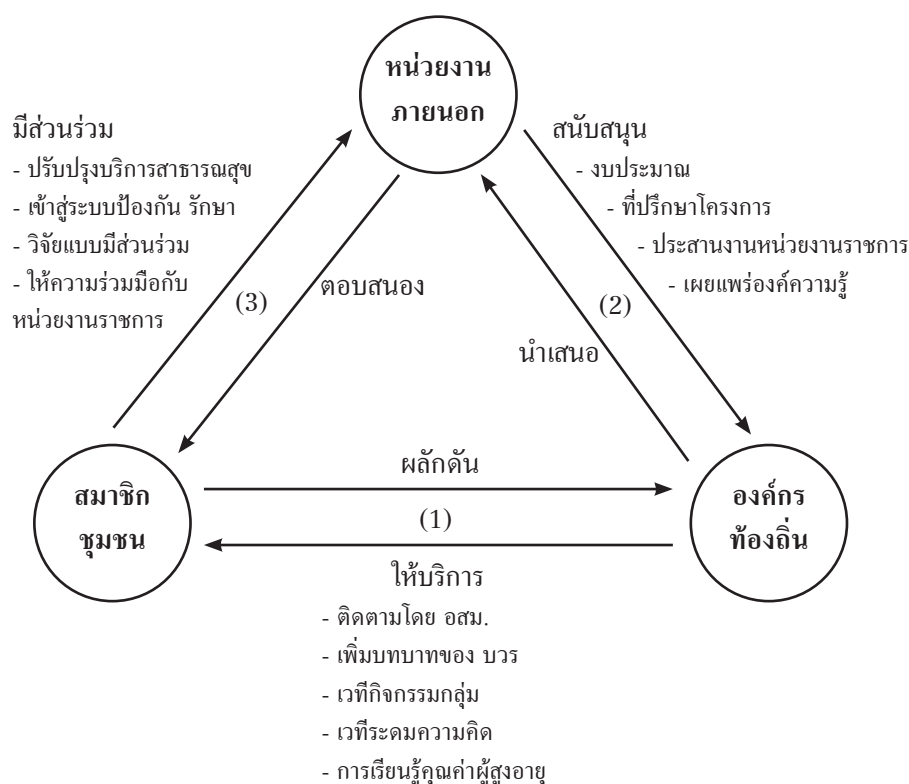
แนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุนี้ ควรมีปฏิสัมพันธ์จาก 3 ภาคส่วน เป็นความสัมพันธ์แบบ 2 ทาง (2 way interaction) กล่าวคือ 1) การเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกชุมชนกับองค์กรท้องถิ่น โดยสะท้อนถึงแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้น กระแสสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และความเข้มแข็งของ

ชุมชน เพื่อผลักดันให้องค์กรท้องถิ่นมีการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน มีการประสานโดย อสม. เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา เพิ่มบทบาทของบ้าน วัด โรงเรียน ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้สูงอายุ การศึกษามีการออกแบบหลักสูตรที่เน้นคุณค่าของผู้สูงอายุ 2) การเชื่อมโยงระหว่างองค์กรท้องถิ่นกับหน่วยงานภายนอก โดยองค์กรท้องถิ่น

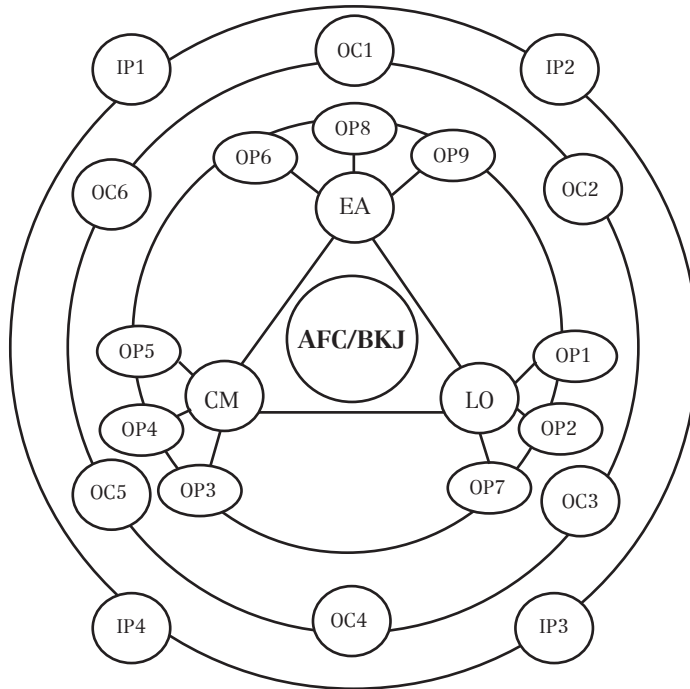
นำเสนอโครงการต่อตัวแทนหน่วยงานภายนอกชุมชน เพื่อรับการสนับสนุนงบประมาณ เป็นที่ปรึกษาโครงการ ประสานงานหน่วยงานราชการ และเผยแพร่องค์ความรู้ และ 3) การเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภายนอกชุมชน กับสมาชิกชุมชน โดยหน่วยงานภายนอกชุมชน ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ สมาชิกชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการปรับปรุง

บริการสาธารณสุข เข้าสู่ระบบการป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม การสื่อสาร รวมทั้งให้ความร่วมมือกับหน่วยงานราชการ ซึ่งสรุป ได้ดังแผนภาพที่ 2

ผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินโครงการทั้งหมด ทำให้เกิดผลผลิต (ระยะสั้น) ผลลัพธ์ (ระยะกลาง) และผลกระทบ (ระยะยาว) ดังแสดงในแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 2 แนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ
กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี



ระดับผลผลิต (output [OP])	ระดับผลลัพธ์ (outcome [OC])	ระดับผลกระทบ (impact [IP])
OP1 ระบบสาธารณะเหมาะสม OP2 โรงเรียนผู้สูงอายุที่ เอื้อต่อการเรียนรู้ OP3 แปลงผักสวนครัวปลอดสารพิษ OP4 ระบบค่าตอบแทนผู้สูงอายุสุขภาพดี OP5 ที่อยู่อาศัย ปลอดภัย OP6 กิจกรรมครอบครัว OP7 เวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ OP8 ความรู้ทางสุขภาพที่ใช้ได้จริง OP9 ระบบ เยี่ยมบ้านได้ผล	OC1 ทักษะชีวิตที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ OC2 พฤติกรรม การดำเนินชีวิตแบบวิถีพอเพียง OC3 ภาวะสุขภาพ ดีในผู้สูงอายุ OC4 การประหยัดค่าใช้จ่ายทาง สุขภาพ OC5 การเพิ่มรายได้ที่เป็นตัวเงินของ ประชากรสูงอายุ OC6 ศูนย์กลางของพลังชุมชน	IP1 ต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุ IP2 ชุมชนมีความเข้มแข็ง อบอุ่นจากการมี ส่วนร่วม IP3 ความพร้อมของชุมชนในการรองรับ กลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต IP4 คุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุ และสมาชิกชุมชนทุกคน

แผนภาพที่ 3 ผลสัมฤทธิ์ 3 ระดับ จากการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ
กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

การสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน
โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง พบว่า
3 หุ้นส่วนการพัฒนาที่สำคัญ ของระบบการดูแล
สุขภาพที่สังเคราะห์ได้นั้น ประกอบด้วย สมาชิกชุมชน
องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน โดย

จะแสดงบทบาทหน้าที่แตกต่างกันในการสนับสนุน
ชุมชน เพราะการที่บุคคลจะมีสุขภาพดีหรือไม่นั้น
เกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว และ
สังคมแวดล้อม (WHO, 2002) โดยที่องค์กรท้องถิ่น
เป็นหน่วยงานหลักภายในชุมชนที่รับผิดชอบใน
การดูแลสมาชิกในชุมชน การมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับ
ผู้สูงอายุในตำบล เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ
ตามภาวะสุขภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการวางแผน

และจัดการดูแลได้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน เพื่อให้มีสุขภาพดี อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ใช้ระบบฐานข้อมูลตำบลบูรณาการทุนและศักยภาพทางสังคมภายในและภายนอกพื้นที่ (วริยา จันทรจำ, หทัยชนก บัวเจริญ, และชินวุฒิ อาสนวิเชียร, 2558) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความหลากหลาย จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลของผู้สูงอายุ เพื่อจัดการทางเลือกที่เป็นไปได้และใช้ประโยชน์ได้เต็มที่ การเข้าถึงผู้สูงอายุเพื่อให้มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและการตัดสินใจ จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตามแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Dabelko-Schoeny et al., 2020) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการที่จะรักษาความเชื่อมโยงทางสังคมกับชุมชนของตนเอง จึงควรมีผู้สนับสนุนในการเสริมแรง และภาครัฐต้องมีนโยบายสำหรับองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร กรณีผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งมีรายได้จำกัด (Emlet & Moceri, 2012) ทั้งนี้การมีกิจกรรมเชื่อมโยงกับสังคมนั้น นับได้ว่าเป็นการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมไม่เพียงแต่เป็นกุญแจสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีความจำศีลขึ้นเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตอีกด้วย (Ponce de León, Lévy, Fernández, & Ballesteros, 2015)

อย่างไรก็ตาม แม้ชุมชนบางที่จะจะมีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นการมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ คือ เพียงร้อยละ 25 แสดงให้เห็นว่า คนในชุมชนมองว่าชุมชนยังมีการพัฒนาในด้านนี้ต่ำ แต่ยังสามารถจัดการตนเองได้ เนื่องจากเป็นชุมชน

ที่มีความเข้มแข็ง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก แม้ไม่ใช่พี่น้องกัน ก็ยินดีให้ความช่วยเหลือกัน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่งดงามของชุมชนที่ควรรักษาให้มีอยู่สืบไป อีกทั้งคนในชุมชนยังให้ความสำคัญกับสุขภาพเป็นอันดับ 1 และมีความสนใจ ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ผลการจัดลำดับความสำคัญของโครงการพัฒนาชุมชนจากการระดมสมองในเวทีชุมชน โครงการพัฒนาปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จึงถูกเลือกเป็นอันดับ 6 ส่วนโครงการที่ถูกเลือกเป็นอันดับ 1-3 คือ โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง ได้แก่ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านอย่างมีสัมฤทธิ์ผล และโครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุสุขภาพดี

การประเมินผลก่อนการดำเนินการของโครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญในชุมชนกรณีศึกษา ในการประเมินผลก่อนการดำเนินการโครงการนี้ ตั้งอยู่บนข้อสมมุติว่า การลงทุน (C) ในโครงการต่างๆ ที่ชุมชนลงมติให้ความสำคัญนั้น จะก่อให้เกิดผลประโยชน์ (B) คือ ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (health outcome) ของผู้สูงอายุและสมาชิกอื่นๆ ในชุมชน ในรูปค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ลดลง (decreased health cost) อันเป็นผลให้การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการมีความเป็นไปได้ คือ อัตราส่วน B/C มีค่ามากกว่า 1 ในหลายกรณี โดยเฉพาะเมื่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 30 และเมื่อกำหนดอายุโครงการให้นานกว่า 5 ปี เพราะการดำเนินโครงการต่างๆ จะก่อให้เกิดผลผลิตในรูปการสร้างปัจจัยทางกายภาพและการเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรม และวิถีชีวิตจริง จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์เป็นผลลัพธ์ตามมา และเป็นผลประโยชน์ในหลายประการ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ในกรอบระยะเวลา 10 ปี นโยบาย

คลินิกหมอครอบครัวน่าจะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ อัตราส่วนเงินลงทุนต่อประโยชน์ที่ได้เท่ากับ 1 ต่อ 4.55 โดยก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่างๆ อาทิ การลดต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาจากการลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเรื้อรัง ลดจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยควร (สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอานวย, ญัฐธัญญา คำผล, น้ำฝน ศรีบัณฑิต, และยศ ศิริวัฒนานนท์, 2560) และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ Jacob et al. (2015) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากการศึกษาจำนวน 31 เรื่อง ระหว่างปี ค.ศ. 1980–2012 สรุปได้ว่า การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโดยการดูแลของทีมนสหสาขาวิชา มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการทั้งในการลดความดันโลหิต เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ลดอัตราการตายจากโรคนี้ และเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของผู้ป่วยอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม มูลค่าผลประโยชน์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ชุมชนกรณีศึกษาข้างต้นว่าอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการที่ชุมชนมีการพัฒนาในด้านต่างๆ ล้วนแต่นำมาซึ่งสุขภาพที่ดีของสมาชิกชุมชนทุกคน ย่อมจะส่งผลดีที่ดีในด้านการจ้างงาน การผลิต การประหยัด ความอบอุ่น และความเข้มแข็งของชุมชนโดยรวมที่ตามมา ซึ่งจะสะท้อนเป็นค่าอัตราส่วน B/C ที่สูงกว่าที่แสดงในตาราง และแน่นอนที่สุดหมายถึง ความคุ้มค่าในการดำเนินงานโครงการต่างๆ ที่มากขึ้นอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ภาพรวมในการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพโดยใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางแห่งความคิด ในกรณีศึกษาชุมชน

บางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ควรจะได้ดำเนินการใน 4 พันธกิจหลัก คือ 1) การทบทวนฐานข้อมูลสถานภาพด้านผู้สูงอายุของชุมชนให้สมบูรณ์ที่สุด 2) การจัดทำแผนส่งเสริมพัฒนาผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกัน 3) การดำเนินงานโครงการอย่างบูรณาการจากระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน และเครือข่าย และ 4) การสร้างวาระด้านสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นในชุมชนอย่างยั่งยืน

1.2 การพัฒนาความคิดและทัศนคติให้เกิดแรงบันดาลใจแก่ชุมชน ในการเล็งเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่สุดในการสร้างระบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยนโยบายหรือมาตรการต่างๆ จากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องสามารถจะช่วยสนับสนุนได้เสมอ แต่ควรอยู่ในกรอบแนวทางของชุมชนมีส่วนร่วมเป็นหลัก

1.3 การพิจารณาใดๆ เกี่ยวกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ไม่สมควรจะพิจารณาในเชิงมูลค่าตัวเงินเสมอไป เพราะการพัฒนาของผู้สูงอายุไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อสร้างรายได้เป็นหลัก คุณค่าของผู้สูงอายุในชุมชนนั้นมีมากมาย หากแต่ต้องหาทางนำมาวิเคราะห์ให้เหมาะสมและลึกซึ้ง

1.4 แนวทางพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในปัจจุบัน นับว่าเป็นประเด็นพัฒนาที่มีความสำคัญ จำเป็น และเร่งด่วนแล้วในประเทศไทย หากแต่จะต้องยึดถือแต่ละชุมชนเป็นศูนย์กลางของความคิดและการดำเนินงาน จึงไม่ควรมีการพัฒนาแบบเร่งด่วนในรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัดหรือทั้งประเทศ

1.5 บทเรียนจากการวิเคราะห์กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ นับว่าเป็นองค์ความรู้สำคัญที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาชุมชนอื่นๆ ในจังหวัดจันทบุรี หรือในบริบทของชุมชนของประเทศไทยได้เป็นอย่างดี หากจะได้ผ่านการประยุกต์อย่างเหมาะสมกับแต่ละภูมิสังคมของชุมชนต่างๆ เสียก่อน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานของชุมชนที่หลากหลาย อาทิ ขนาดประชากร ระดับเศรษฐกิจ และสังคม วัฒนธรรม ที่แตกต่างกัน

2.2 ควรมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น ทั้งผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินโครงการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ของชุมชนแห่งใดแห่งหนึ่งในระยะยาว

2.3 ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าในการลงทุน ด้านสุขภาพ ที่พิจารณาประโยชน์เชิงบูรณาการทั้ง ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ให้ครอบคลุมมิติ ต่างๆ ในความเป็นจริงมากขึ้น

2.4 ควรมีการวิเคราะห์ในเชิงมหภาคของ ผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์และทางสังคมจาก การลงทุนพัฒนาชุมชนตามแนวทาง AFC/WHO ใน กรณีของชุมชนทั่วประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

เทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. (2562). *รายงานข้อมูลประชากรเทศบาล ตำบลบางกะจะ*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1573033396-261_0.pdf

วริยา จันทร์จำ, หทัยชนก บัวเจริญ, และชินวุฒิ อาสนวิเชียร. (2558). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง กรณีศึกษา: องค์การบริหารส่วนตำบลท่าแกม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่*, 7(3), 22–41.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2561). *โครงการวิเคราะห์รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบหลักประกันสุขภาพ* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2558). ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนา กับสังคมผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย. *วารสารสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูง*, 1(1), 80–91.

สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, ญัญญิศา คำผล, น้ำฝน ศรีบัณฑิต, และยศ ศิริวัฒนานนท์. (2560). *การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4804/hs2375.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Dabelko-Schoeny, H., Fields, N. L., White, K., Sheldon, M., Ravi, K., Robinson, S. R., ... Jennings, C. (2020). Using community-based participatory research strategies in age-friendly communities to solve mobility challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(5), 447–463. doi:10.1080/01634372.2020.1769787

Emlet, C. A., & Moceris, J. T. (2012). The importance of social connectedness in building age-friendly communities. *Journal of Aging Research*, 1–9. doi: 10.1155/2012/173247

- Jacob, V., Chattopadhyay, S. K., Thota, A. B., Proia, K. K., Njie, G., Hopkins, D. P., ... Kottke, T. E. (2015). Economics of team-based care in controlling blood pressure: A community guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(5), 772–783. doi:10.1016/j.amepre.2015.04.003
- Ponce de León, L. P., Lévy, J. P., Fernández, T., & Ballesteros, S. (2015). Modeling active aging and explicit memory: An empirical study. *Health & Social Work*, 40(3), 183–190. doi:10.1093/hsw/hlv044
- United Nations. (2019). *World population ageing 2019: Ten key messages*. Retrieved from <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-10KeyMessages.pdf>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=B5CD2B495DC8CC67488AAF444712BFAD?sequence=1
- World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. Retrieved from https://www.who.int/ageing/publications/age_friendly_cities_guide/en/
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper and Row.

รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดจันทบุรี

Substance Abuse Problems Prevention and Solution Model Using Community Participation, Chanthaburi Province

สมจิต ยาใจ, คศ.ม. (พัฒนาครอบครัวและสังคม)¹

Somchit Yajai, M.H.Econ. (Family and Social Development)¹

วลิมล สุวรรณรัตน์, วท.บ. (สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ)²

Wasimon Suwannarat, B.Sc. (Health Education and Health Behaviors)²

วารภรณ์ นองเนื่อง, วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)³

Waraporn Nongnueang, B.Sc. (Public Health)³

Received: January 7, 2021 Revised: June 17, 2021 Accepted: June 18, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดจันทบุรี ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ จำนวน 5 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 18 คน และแกนนำยาเสพติด จำนวน 6 คน ในตำบลวังสรรพรส อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกกระบวนการเรียนรู้ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบการติดตามผลการดำเนินงานในชุมชน และแบบบันทึกภาคสนาม ดำเนินการตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นทำความเข้าใจปัญหาและเตรียมพื้นที่ จัดทำแผนชุมชน ขึ้นดำเนินการตามแผน และขึ้นประเมินผล ในช่วงเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

¹ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Chanthaburi Provincial Public Health Office

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

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Chanthaburi Provincial Public Health Office

³ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

³ Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Chanthaburi Provincial Public Health Office

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) การจัดทำและปฏิบัติตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การสร้างและใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 3) การจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนองตอบโครงการเสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด และ 4) การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติดในชุมชน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนใช้เรียนรู้ร่วมกัน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับชุมชนควรมารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม เพื่อให้ชุมชนปลอดภัยจากยาเสพติด และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This participatory action research aimed to develop the substance abuse problems prevention and solution model using community participation, Chanthaburi Province. The participants were composed of five representatives from various local authorities, eighteen community leaders, and six substance abuse leaders in Wangsapparos Sub-district, Khlung District, Chanthaburi Province. The research instruments included the learning process record form, the in-depth interview guide, the performance record form, and the field trip record form. The four steps of this research including understanding the problem and preparing the area, setting up the prevention and solution plan for substance abuse problems, implementation, and evaluation were conducted from October, 2019 to September, 2020. Data were analyzed using content analysis.

The research results revealed that the substance abuse problems prevention and solution model using community participation consisted of 1) setting up and following the prevention and solution plan for substance abuse problems using community participation; 2) designing and using the social measures for preventing and solving substance abuse problems; 3) providing the various activities in the community to fulfil the empowerment program against substance abuse; and 4) establishing the learning centers against substance abuse in the community for all community members.

This research suggests that the relevant agencies should apply this substance abuse problems prevention and solution model using community participation in an appropriate manner in order to keep the community safe from the substance abuse and promote the quality of life among the community members.

Keywords: Model, Substance abuse problems prevention and solution, Community participation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) กำหนดวิสัยทัศน์ประเทศ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย 6 ด้าน 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ด้านความมั่นคง 2) ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน 3) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ 4) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม 5) ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และ 6) ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ สำหรับด้านความมั่นคง มีแผนแม่บทรองรับ 5 ประเด็นย่อย และหนึ่งในแผนย่อย คือ การป้องกันและแก้ไขปัญหามีผลกระทบต่อความมั่นคง ซึ่งมี 20 แนวทาง การป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเป็นหนึ่งในแนวทางที่สำคัญ (สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) ทั้งนี้เพราะประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหายาเสพติดที่เพิ่มขึ้น ทั้งด้านขนาด ความรุนแรง และผลกระทบที่ขยายไปครอบคลุมทุกมิติ ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม จนถึงความมั่นคงของชาติ รัฐบาลจึงให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วน โดยกำหนดให้เป็นนโยบายสำคัญในการพัฒนาประเทศ เน้นการพัฒนาคน การใช้พลังชุมชน

การส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน ควบคู่กับมาตรการทางกฎหมาย และกำหนดเป็นวาระสำคัญของชาติที่จะต้องเร่งดำเนินการลดหรือขจัดให้หมดสิ้นไปจากประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เพื่อให้หน่วยงานทุกภาคส่วนเร่งประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงดำเนินงานแบบบูรณาการอย่างเป็นระบบทั้งเชิงป้องกันและแก้ไขในรูปแบบ “ราษฎร์-รัฐร่วมมือ โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่และประชาชนแบบบูรณาการ ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ” (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2563)

ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดมีแผนแม่บทรองรับ 8 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด 2) การแก้ไขปัญหายาเสพติด 3) การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม 4) การควบคุมยาและผู้ค้ายาเสพติด 5) ความร่วมมือระหว่างประเทศ 6) การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันปัญหายาเสพติด 7) การมีส่วนร่วมภาคประชาชน และ 8) การบริหารจัดการอย่างบูรณาการ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการ มีส่วนร่วมจากภาคประชาชน โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 1, 3, 6, 7 และ 8 จุดเน้นที่สำคัญ คือ ความเชื่อมโยงและการบูรณาการขับเคลื่อนผ่านกลไกการพัฒนา

คุณภาพชีวิตและความมั่นคงของชาติ ตั้งแต่ระดับ จังหวัด อำเภอ จนถึงระดับตำบล เช่น มีการจัดตั้ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โครงการเสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้าน ยาเสพติดในชุมชน โครงการหมู่บ้านประชารัฐ ร่วมใจปลอดภัยยาเสพติด กองทุนแม่ของแผ่นดิน โครงการ TO BE NUMBER ONE อันเป็นกลไก สำคัญเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ โดยมี เครือข่ายขับเคลื่อนที่สำคัญ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัคร จิตอาสา ประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2563)

จังหวัดจันทบุรีมี 10 อำเภอ 76 ตำบล 728 หมู่บ้าน 47 เทศบาล 34 องค์การบริหารส่วนตำบล และ 5 เทศบาลเมือง มีประชากร 528,794 คน ระดับอำเภอมีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ระดับตำบลมีกองทุนหมู่บ้าน มีชมรม TO BE NUMBER ONE และทุกหมู่บ้านมีโครงการ เสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด การแพร่ระบาดของยาเสพติดภาพรวมอยู่ในระดับ เบาบางหรือมีปัญหาน้อย ไม่พบการผลิตและผู้ค้า ยาเสพติดรายใหญ่ พบเฉพาะผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด โดยพื้นที่ที่มียาเสพติดกระจายมากที่สุด คือ อำเภอ ขลุง อำเภอเขาชีชมภู อำเภอแก่งหางแมว และ อำเภอมะขาม ซึ่งเป็นพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัด เหมาะแก่การลำเลียงยาเสพติด พื้นที่ที่ต้องเฝ้าระวัง พิเศษ คือ พื้นที่ชายแดน ได้แก่ อำเภอโป่งน้ำร้อน และอำเภอสอยดาว ซึ่งมีแนวชายแดนติดประเทศ กัมพูชาเป็นระยะทางประมาณ 86 กิโลเมตร มีการลักลอบนำเข้ายาเสพติดจากประเทศกัมพูชา เป็นระยะๆ ตามช่องทางจุดผ่านแดนถาวร ช่องทาง จุดผ่อนปรนการค้า และช่องทางธรรมชาติในพื้นที่ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดจันทบุรี, 2563) จากสถานการณ์การบำบัด รักษาเสพติดของจังหวัดจันทบุรี ในปี 2562 พบว่า

เป็นผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัด ร้อยละ 72.91 และ ในระบบสมัครใจจากศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้เสพยาเสพติดเพียงร้อยละ 13.17 ซึ่งค่อนข้างน้อย สำหรับผู้เข้ารับการบำบัดในสถานพยาบาล เป็นกลุ่ม ผู้เสพ ร้อยละ 54.29 และผู้ติดยา ร้อยละ 44.18 ซึ่ง ผู้ผ่านการบำบัดรักษาสามารถหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย ร้อยละ 46.17 (กระทรวง สาธารณสุข, 2562)

จากนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ รวมทั้ง สถานการณ์ปัญหาเสพติดของประเทศที่นับว่า รุนแรง และแม้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจะเป็นปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความสำเร็จใน การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งเพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหายาเสพติด (รัฐลักษณะ พิทักษ์จักรพิภพ, 2555) แต่รูปแบบการดำเนินงานของแต่ละภาคส่วน ยังขาดการบริหารจัดการแบบบูรณาการอย่างจริงจัง ขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและชุมชนที่ เป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนา รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้อาณัติการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน การสร้างและใช้มาตรการทางสังคม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด การจัด กิจกรรมในชุมชนเพื่อสนองตอบโครงการเสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด และการจัดตั้ง ศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติดในชุมชน ตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research [PAR]) โดย เสริมพลัง สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อให้สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ที่ 1, 3, 7 และ 8 ของแผนแม่บท การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และนำรูปแบบ ที่ได้ไปพัฒนาต่อยอดและขยายผลให้ครอบคลุม

ทุกตำบลในจังหวัดจันทบุรีต่อไป

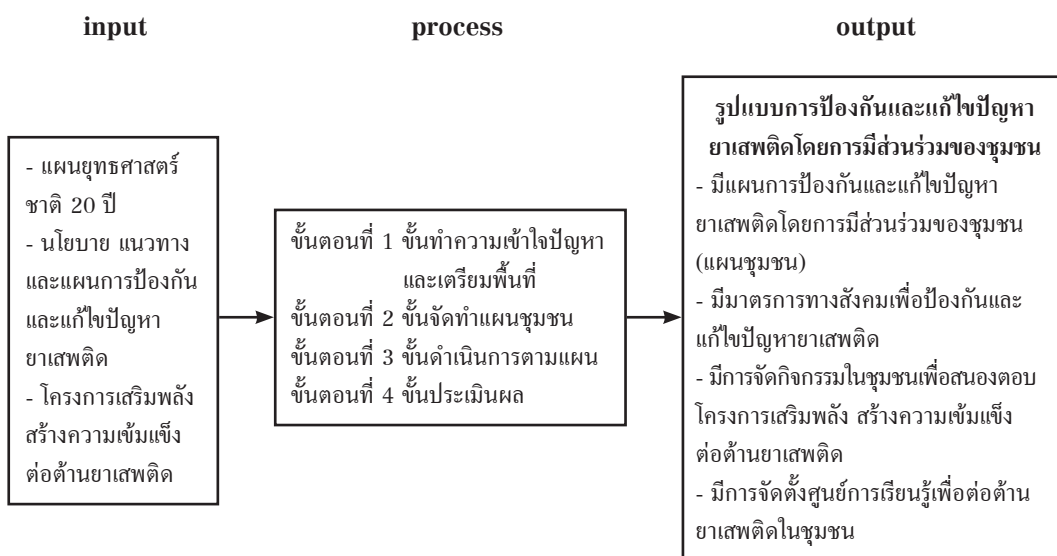
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไข
ปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำความเชื่อมโยงของ
แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580)
นโยบาย แนวทาง และแผนการป้องกันและแก้ไข
ปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558–2562 โครงการเสริมพลัง
สร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด และแนวคิดการวิจัย
เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มาเป็นกรอบแนวคิด

ในการวิจัย โดยพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไข
ปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
จังหวัดจันทบุรี ที่เน้นการจัดทำและปฏิบัติตาม
แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดย
การมีส่วนร่วมของชุมชน (แผนชุมชน) การสร้าง
และใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไข
ปัญหายาเสพติด การจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนอง
ตอบโครงการเสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้าน
ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้าน
ยาเสพติดในชุมชน การดำเนินการประกอบด้วย
4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นทำความเข้าใจปัญหาและ
เตรียมพื้นที่ 2) ขั้นจัดทำแผนชุมชน 3) ขั้นดำเนินการ
ตามแผน และ 4) ขั้นประเมินผล สรุปเป็นกรอบแนวคิด
ในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research [PAR]) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นทำความเข้าใจปัญหาและเตรียมพื้นที่ ขั้นจัดทำแผนชุมชน ขั้นดำเนินการตามแผน และขั้นประเมินผล โดยดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย คือ ตำบลวังสรรพรส (มี 9 หมู่บ้าน) อำเภอขลุ่ย จังหวัดจันทบุรี

ผู้ร่วมวิจัย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้แทนจากหน่วยงานในพื้นที่เป้าหมาย หน่วยงานละ 1 คน ประกอบด้วยครูเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ตำรวจ และปลัดอำเภอ รวมจำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นที่ยอมรับของคนในพื้นที่ 2) สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไขได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้นำชุมชน ประกอบด้วยกำนันจำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 8 คน (กำนันควมตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านด้วย) และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านจำนวน 9 คน รวมจำนวน 18 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 3 แกนนำยาเสพติด จำนวน 6 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนและกัญชา ที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟู และสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกกระบวนการเรียนรู้ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับบันทึกกระบวนการเรียนรู้ตลอดการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อกิจกรรม วัตถุประสงค์ ข้อค้นพบ และข้อสรุป

ชุดที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำยาเสพติด ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับ สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด การนำแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปสู่การปฏิบัติ การสร้างและใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โครงการเสริมพลังสร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด และศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติดในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบการติดตามผลการดำเนินงานในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับบันทึกติดตามผลการดำเนินงานตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้ง 9 โครงการ ในประเด็นความครบถ้วนในการดำเนินการของโครงการ ประกอบด้วยหัวข้อ ชื่อโครงการ การดำเนินการ และรายละเอียดกิจกรรม

ชุดที่ 4 แบบบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับบันทึกสิ่งที่ผู้วิจัยพบเห็นระหว่างการติดตามการดำเนินงาน ประกอบด้วยหัวข้อ กิจกรรม สิ่งที่พบเห็น และลงนามผู้บันทึก

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 062 วันที่ 6 กันยายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นทำความเข้าใจปัญหาและ

เตรียมพื้นที่ ดำเนินการในช่วงวันที่ 7-11 ตุลาคม 2562 และวันที่ 18 พฤศจิกายน 2562 (รวมเวลา 6 วัน) โดยผู้วิจัยศึกษาข้อมูลทุกมิติเกี่ยวกับโครงสร้างการบริหาร ความเป็นอยู่ สังคม เศรษฐกิจของชุมชน สถานการณ์ปัญหา และการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนที่ผ่านมา โดยการลงศึกษาข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย สร้างความสัมพันธ์กับชุมชน แต่งตั้งทีมพัฒนา (ผู้ร่วมวิจัย) ซึ่งประกอบด้วย ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ตำรวจ ปลัดอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำยาเสพติด รวมจำนวน 30 คน ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงาน แบบมีส่วนร่วม (ดำเนินการในช่วงวันที่ 7-11 ตุลาคม 2562) และผู้วิจัยนำทีมพัฒนาศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสถานการณ์จริง ณ เรือนจำ จังหวัดจันทบุรี และศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติด จังหวัดจันทบุรี จากนั้นประชุมถอดบทเรียน สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ (ดำเนินการในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2562) ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ลงในแบบบันทึกกระบวนการเรียนรู้ และแบบบันทึกภาคสนาม

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำแผนชุมชน ดำเนินการในช่วงวันที่ 12-13 ธันวาคม 2562 (รวมเวลา 2 วัน) โดยผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่ทีมพัฒนา 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ รวมถึงการสร้างตระหนักรู้ในโทษและพิษภัยของยาเสพติด และครั้งที่ 2 การจัดทำแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (แผนชุมชน) การสร้างมาตรการทางสังคม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แนวทางการจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนองตอบโครงการเสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติดในชุมชน ผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำ

แผนชุมชน โดยทีมพัฒนาร่วมแสดงความคิดเห็น สะท้อนข้อมูลจากกิจกรรมพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อนำเข้าสู่กิจกรรมการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา อุปสรรค และโอกาสพัฒนาของชุมชน ตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน และอนาคตร่วมกัน เพื่อกำหนดเป้าหมาย การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ ประกอบการจัดทำแผนกิจกรรมขับเคลื่อน การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมพัฒนา ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ลงในแบบบันทึก กระบวนการเรียนรู้ และแบบบันทึกภาคสนาม

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการตามแผน ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2563 (รวมเวลา 6 เดือน) โดยทีมพัฒนาประชุม และเสนอแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในที่ประชุมองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้ที่ประชุมเห็นชอบ และนำแผน ไปสู่การปฏิบัติในชุมชน โดยจัดให้มีการณรงค์ ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้ให้แก่ประชาชนใน ชุมชน ประกาศใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อให้ประชาชนใน ชุมชนยึดถือปฏิบัติ และจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อ สนองตอบโครงการเสริมพลัง สร้างความเข้มแข็ง ต่อต้านยาเสพติด ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการสังเกตการณ์ และ บันทึกข้อมูลต่างๆ ลงในแบบบันทึกกระบวนการ เรียนรู้ และแบบบันทึกภาคสนาม

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ดำเนินการใน ช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน 2563 (รวมเวลา 3 เดือน) โดยผู้วิจัยติดตามการดำเนินงานตาม แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน โดยให้ทีมพัฒนารายงานผล การดำเนินงานตามแผนฯ เดือนละ 1 ครั้ง และผู้วิจัย บันทึกข้อมูลลงในแบบการติดตามผลการดำเนินงาน ในชุมชน และมีการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมโดย

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชนและแกนนำยาเสพติด โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาคนละ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวทางของ Dudovskiy (2021) ซึ่งเป็นกระบวนการจัดระเบียบข้อมูลให้อยู่ในลักษณะที่จะช่วยในการสร้างข้อสรุป โดยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) และการตรวจสอบด้วยวิธียืนยันจากผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อตรวจสอบสอดคล้องกันระหว่างข้อมูลทุกข้อมูล ข้อมูลจากการบันทึกกระบวนการเรียนรู้ตลอดการวิจัย และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้นจัดระเบียบข้อมูล วิเคราะห์ สรุปประเด็นย่อย และนำมาเขียนเรียบเรียง

ผลการวิจัย

1. บริบทของพื้นที่เป้าหมาย พบว่า ตำบลวังสรรพรส อำเภอลำลูก จังหวัดจันทบุรี มี 9 หมู่บ้าน ประชาชนมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีฐานะในระดับปานกลางถึงระดับดี จากสถานการณ์ปัญหาเสพติดของอำเภอที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการจับกุมผู้ค้าและผู้ครอบครองยา ส่งผลให้เป็นพื้นที่ต้องเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของยาเสพติด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเภทยาบ้า ยาไอซ์ และกัญชา การเสพยาเสพติดเริ่มต้นจากการผสมกับน้ำดื่มเพื่อให้มีพลัง มีความอดทนต่อการเก็บผลไม้ ผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้เก็บผลไม้ ทุกหมู่บ้านมีผู้เสพยาเสพติด มีผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ และมีผู้ที่สามารถหยุดเสพยาเสพติดโดยไม่กลับไปเสพซ้ำ

2. รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) การจัดทำ

และปฏิบัติตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การสร้างและใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 3) การจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนองตอบโครงการเสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด และ 4) การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติดในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การจัดทำและปฏิบัติตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดทำเริ่มจากการนำทีมพัฒนาไปศึกษา ดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสถานการณ์จริง ณ เรือนจำจังหวัดจันทบุรี และศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติด จังหวัดจันทบุรี แล้วประชุมถอดบทเรียน สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ และมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ทีมพัฒนาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ และกำหนดการดำเนินงาน 9 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการรณรงค์ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน 2) โครงการสายใยครอบครัว รั้วป้องกันยาเสพติด 3) โครงการโรงเรียนน่าอยู่ 4) โครงการหมู่บ้านสุขสันต์ ปันสุขชุมชน 5) โครงการพัฒนาความรู้แกนนำป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภายในหมู่บ้าน 6) โครงการหมู่บ้านรักษาศีลห้า 7) โครงการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 8) โครงการกั้นคนดีสู่สังคม และ 9) โครงการจิตอาสาปันสุขชุมชน จากการติดตามผลการดำเนินงานพบว่า ทุกหมู่บ้านมีการดำเนินงานได้ตามแผนกิจกรรมโครงการที่กำหนดขึ้น โดยกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ดำเนินการภายใต้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ เช่น เสียงตามสายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือผ่านโซเชียลเน็ตเวิร์กกลุ่มต่างๆ ของหมู่บ้าน โครงการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน เกิดจากการที่ทีมพัฒนาเข้าไปบูรณาการกิจกรรมร่วมกับ

สมาชิกในชุมชนตามปฏิทินชุมชน หรือการดำเนินงานควบคู่ไปกับวันสำคัญทางศาสนา ซึ่งทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสถาบันครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2 การสร้างและใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พบว่า พื้นที่เป้าหมายมีการสร้างและใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยเริ่มจากการให้ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านทำประชาคมเปิดเวทีให้ลูกบ้านแสดงความคิดเห็น ชื่นชอบเสนอ ภายใต้งบประมาณของโครงการเสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด หมู่บ้านประชารัฐร่วมใจปลอดภัยยาเสพติด กองทุนหมู่บ้าน และกองทุนแม่ของแผ่นดิน เช่น หากครอบครัวใดทำตามมาตรการทางสังคมที่ร่วมกันสร้างจะได้รับสวัสดิการ สิทธิพิเศษตามเงื่อนไขของกองทุนฯ เป็นต้น จากนั้นนำมาตรการทางสังคมของแต่ละหมู่บ้านเข้าร่วมประชาคมของตำบล พิจารณาคัดเลือกและประกาศใช้เป็นมาตรการทางสังคมของตำบลเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน เช่น สนับสนุนเงินทุน วัสดุ อุปกรณ์การประกอบอาชีพ แก่ผู้เสพยาเสพติดหลังเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู เพื่อให้โอกาสได้กลับมาใช้ชีวิตเลี้ยงตนเองและอยู่ในสังคมได้

2.3 การจัดกิจกรรมในชุมชนที่สนองตอบนโยบายภาครัฐ เพื่อเดินหน้าโครงการเสริมพลังสร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด ที่มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ดังนี้

2.3.1 หมู่บ้านประชารัฐร่วมใจปลอดภัยยาเสพติด ดำเนินการครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ในรูป “คณะกรรมการหมู่บ้าน” มีเป้าหมายเพื่อสร้างการรับรู้ความเข้าใจ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการ เชื่อมโยงทั้งด้านการป้องกัน ปราบปราม และการบำบัดฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด เพื่อคืนคนดีสู่สังคมดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

“ความร่วมมือ คนในพื้นที่ให้ความร่วมมือดี เหมือนปัญหายาเสพติดเนี่ย ถ้าทุกคนเข้าใจ เขาก็ให้ความร่วมมือดี มันต้องคุยกัน ผู้นำทุกหมู่คุยกับผู้ปกครองให้เข้าร่วมโครงการกับเรา ไม่มีความผิด ไม่ต้องกลัว เราทำเพื่อช่วยลูกหลานเขา ไม่ใช่เพื่อฝ่ายปกครอง แต่เพื่อบ้านเรา”

“เฝ้าระวังอยู่เรื่องยาเสพติด เล่นในที่ประชุมทุกเดือน หมู่บ้านมารณรงค์ให้เฝ้าระวังลูกหลานของเรา สื่อกันแรง มันกำลังอยากลอง วัยรุ่นทุกคนอยากลอง ต้องดูเรื่องปัญหายาเสพติดให้ดี เพราะถ้าไม่มีปัญหานี้ ปัญหาหลักเล็กขโมยน้อยบ้านเรานั้นก็ไม่มี”

“หมู่ของตัวเอง ร่วมกับ อสม. หรือ อปพร. แล้วก็ผู้ใหญ่ข้าง ๆ มาร่วมเคลียร์พื้นที่ตัวเอง บางทีเรามอง เราไม่คิดว่าคนนี้เป็นผู้ค้า ผู้เสพ แต่พอเราร่วมกับหมู่อื่น ๆ ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกัน เพราะเด็กบางคนมันไม่ทำในบ้าน แต่มันออกไปทำที่หมู่อื่นที่เราไม่เห็น เวลาที่นั่น ผู้ใหญ่บ้านมาคุยกัน มันก็ได้ข้อมูลมา แล้วเราก็ได้เคลียร์พื้นที่ ได้ข้อมูลเพิ่ม เวลาเคลียร์พื้นที่เราก็กู้ช่วยกัน เอาแรงกัน เคลียร์กันไปทีละหมู่”

2.3.2 กองทุนแม่ของแผ่นดิน มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนการขยายพลังแห่งความดี ช่วยเหลือสมาชิก ภายใต้อำนาจ “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ให้สมาชิกสามารถพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือสังคมได้ สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่บ้านอย่างยั่งยืน โดยพื้นที่เป้าหมายมีกองทุนแม่ของแผ่นดิน 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านสะทอย หมู่ที่ 2 บ้านจังกั่น หมู่ที่ 6 บ้านด้างทอง และหมู่ที่ 7 บ้านหนองบัว ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

“กองทุนผมชัดเจน มีเงินเพิ่มขึ้นทุกปี มีอุปกรณ์ประกอบอาชีพ เช่น เครื่องตัดหญ้า เรามีกลุ่ม

ตัดหญ้า ซื้อเครื่องตัดหญ้าให้เลย แล้วมาผ่อนเอา
ที่ผ่านมา คนไปบำบัดเรากี่ช่วยเหลือแบบนี้ ใครไม่มี
อาชีพ มาเข้ากลุ่มตัดหญ้ากับกองทุนแม่ ให้เขามี
อาชีพ มีรายได้ แล้วก็มีความช่วยเหลือให้ไปเริ่มทำกิน
ให้พ้นสองพันแรกให้”

“กิจกรรมส่งเสริมรายได้ อาชีพ ใครขาดเหลือ
เรามีกองทุนที่จะช่วยหา พอเก็บเกี่ยวแล้วเราก็กิน”

2.3.3 โครงการธรรมรงค์ป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเสพติด (TO BE NUMBER ONE) มีเป้าหมาย
เพื่อสร้างพื้นที่เชิงบวก ลดพื้นที่เสี่ยง ส่งเสริมการใช้
เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ สร้างสัมพันธภาพ ความรัก
ความสามัคคี ของสมาชิกภายในหมู่บ้านและระหว่าง
หมู่บ้าน โดยตั้งศักยภาพและการมีส่วนร่วมของเด็ก
เยาวชน และชุมชนให้เป็นหนึ่ง โดยไม่พึ่งยาเสพติด
ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

“ต้องสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว
ความรู้เท่าทัน แล้วให้เขาตัดสินใจว่าเขาควรเข้าไป
ยุ่งหรือไม่ควรเข้าไปยุ่ง”

“การดูแลปัญหาเสพติด ต้องเริ่มใน
ครอบครัวก่อน เพราะพ่อแม่ต้องดูแลกันเองภายใน
ครอบครัว เพราะอยู่กับเขาตลอดเวลา ช่วยกันสอดส่อง
ดูแล ไม่ปล่อยปละละเลย ปัญหามันก็ไม่เกิด”

“ผมทำก๋วยเตี๋ยว ให้เด็กเข้ามาซ่อม เปลี่ยนวิถีชีวิต
แล้วพูดให้เขาเปรียบเทียบ คนที่ด้อยมวยแล้วสมอง
เสียมีกี่คน หรือตายมีกี่คน คนติดยาเนี่ย น้อย ๆ ก็จิตเวช
ไข่ม้อยครีบ ก็ลองพูดให้พ่อแม่เขาคิดเอาเองว่าจะให้
ลูกไปไหน”

2.4 การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้าน
ยาเสพติดในชุมชน พบว่า พื้นที่เป้าหมายมี 6 หมู่บ้าน
ที่มีศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติดในชุมชนที่
แตกต่างกัน ตั้งแต่ศูนย์การเรียนรู้ขยายพลังความดี
เสริมสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างจิตอาสา
ส่งเสริมการใช้เวลาว่างเชิงสร้างสรรค์ พัฒนาระบบ
การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ

ชุมชน เพื่อสร้างงาน สร้างรายได้ สร้างอาชีพ และส่งเสริม
การออกกำลังกาย รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนา
เศรษฐกิจพอเพียง มีเพียง 3 หมู่บ้าน ที่ไม่มีศูนย์
การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติดในชุมชน แต่สมาชิก
ในแต่ละหมู่บ้านสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันได้
โดยหมู่บ้านที่มีศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติด
ในชุมชน มีดังนี้

หมู่ที่ 1 บ้านสะไทย มีศูนย์การเรียนรู้
กองทุนแม่ของแผ่นดิน

หมู่ที่ 2 บ้านจังกิ้น มีศูนย์การเรียนรู้
กองทุนแม่ของแผ่นดิน และศูนย์การเรียนรู้มวยไทย

หมู่ที่ 4 บ้านดอน มีศูนย์การเรียนรู้
การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน และศูนย์การเรียนรู้พันธุ์ไม้และไฟ

หมู่ที่ 5 บ้านร้อยรู มีศูนย์การเรียนรู้
ช่างชุมชน

หมู่ที่ 6 บ้านคำสิงห์ทอง มีศูนย์การเรียนรู้
กองทุนแม่ของแผ่นดิน ศูนย์การเรียนรู้และสลัก

หมู่ที่ 7 บ้านหนองบัว มีศูนย์การเรียนรู้
กองทุนแม่ของแผ่นดิน

ทั้งนี้ ศูนย์การเรียนรู้ควรเป็นสถานที่เปิด
และเป็นสถานที่ที่สมาชิกในชุมชนมีการรวมกลุ่ม
และดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ไม่จำเป็นต้องสร้าง
หรือจัดหาขึ้นใหม่ เช่น วัด ศาลาประชาคมหมู่บ้าน
รวมถึงพื้นที่ของหน่วยงานภาครัฐ เช่น องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน เพื่อให้สมาชิกใน
ชุมชนมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์
แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นหรือสถานการณ์ต่างๆ
ในหมู่บ้าน ช่วยลดช่องว่างระหว่างวัย เพิ่มความใกล้ชิด
ระหว่างสมาชิกในชุมชน

3. ข้อค้นพบอื่น ๆ พบว่า พื้นที่เป้าหมายมี
จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยชุมชน
เป็นศูนย์กลางเพิ่มขึ้น โดยการดำเนินงานรุ่นที่ 1
มีจำนวน 7 คน ผลการบำบัดฟื้นฟูพบว่า ผู้เสพยาเสพติด

สามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ต่อเนื่อง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 ส่วนการดำเนินงานรุ่นที่ 2 มีจำนวน 18 คน ซึ่งอยู่ระหว่างการติดตามพฤติกรรม การหยุดใช้/เสพยาเสพติด จากผู้นำชุมชน ดังตัวอย่าง คำสัมภาษณ์

“ที่ทำงานมาได้ผล ก็โครงการบำบัดในชุมชนนี้แหละ ลุงของปอ (นามสมมติ) ก็บอกว่า บำบัดเสร็จแล้วนี่ดีเลย เห็นมัย แก่ปรับตัวได้ มาช่วยเราดี”

“เรื่องชุมชนบำบัด ผมยังคิดจะทำต่อ ทำแล้วมีประโยชน์ อยากทำเป็นภาพรวมตำบล อาทิตย์ละครั้ง มันไม่ได้เสียเวลามาก”

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดจันทบุรี เป็นรูปแบบที่สร้างโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตั้งแต่ การร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกำหนดแนวทาง ร่วมดำเนินการ ผ่านโครงการต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดย ชุมชน ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ที่มีความสอดคล้องกับบริบท ปัญหา และความต้องการ ของชุมชน โดยเริ่มจากการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน และแกนนำในพื้นที่ ซึ่งเป็น กลุ่มคนที่มีประสบการณ์และมีส่วนได้ส่วนเสีย โดยตรง มีการสร้างการรับรู้ ความเข้าใจในปัญหา โทษและพิษภัยของยาเสพติด แนวทางการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อให้เกิดความรู้สึก เป็นเจ้าของ พร้อมทั้งจะพัฒนา โดยผู้วิจัยมีบทบาท ในการอำนวยความสะดวก สร้างกระบวนการเรียนรู้ และสนับสนุนทางวิชาการ โดยเฉพาะการเรียนรู้จาก สถานการณ์จริงแล้วนำมาถอดบทเรียน เพื่อเป็น

ข้อมูลนำไปสู่การจัดทำแผนการป้องกันและแก้ไข ปัญหายาเสพติดในชุมชน การสร้างมาตรการ ทางสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด การจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนองตอบโครงการ เสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติด ในชุมชน สอดคล้องกับลักษณะของการวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นกระบวนการวิจัย ที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นการพัฒนาคน และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อการพัฒนา และแก้ไขปัญหายาเสพติดของตนเองด้วยตนเอง ผ่านกระบวนการ เรียนรู้และพัฒนาตนเอง นำไปสู่การแก้ไขปัญหายา อย่างเป็นระบบ ทำให้ชุมชนได้รับประโยชน์ สามารถ พึ่งตนเองได้ (ประสิทธิ์ สิริพันธ์, 2560) โดยการวิจัย เชิงปฏิบัติการมีความเชื่อพื้นฐานอย่างหนึ่งว่า การวิจัย เพื่อการแก้ไขปัญหายาของผู้ปฏิบัติงานที่ดำเนินการ โดยผู้ปฏิบัติงานเอง มีโอกาสที่จะแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้สำเร็จมากกว่าการวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหายาที่ ดำเนินการโดยบุคคลอื่น (วิระยุทธ ชาติตะกาศ, 2558)

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ร่วมวิจัยต้องการที่ จะมีส่วนร่วม ต้องการช่วยเหลือสมาชิกในพื้นที่ ตนเองไม่ให้ตกอยู่ในสภาพที่ได้เรียนรู้มา ประกอบกับ ปัจจัยสนับสนุนจากแผนแม่บทการป้องกันและแก้ไข ปัญหายาเสพติด ที่รัฐกำหนดนโยบายให้ปัญหายาเสพติดเป็นวาระสำคัญของชาติที่จะต้องเร่ง ดำเนินการลดหรือจัดให้หมดสิ้นไปจากประเทศไทย โดยเน้นการพัฒนาคน การใช้พลังชุมชน การให้ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อน ในระดับรากหญ้า (สำนักงานคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด, 2563) และเสนอแนวทาง การดำเนินงานในรูปแบบโครงการเสริมพลัง สร้าง ความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด ซึ่งพื้นที่เป้าหมาย

สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและสร้างมาตรการทางสังคมได้อีกทั้งปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญของพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ โครงสร้าง ความเป็นอยู่ สังคม และเศรษฐกิจที่เข้มแข็ง รวมทั้งการมีศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติดในชุมชน ที่ใช้เป็นแหล่งการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคนอย่างสมดุล ให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นและสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอกรัตน์ หามนตรี (2561) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติด ประกอบด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ ยาชน ครอบครัว ชุมชน ผู้นำท้องถิ่น และองค์กรภายในชุมชน และปัจจัยภายนอก ได้แก่ เครือข่ายชุมชนยาเสพติด องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสร้างและใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เป็นส่วนประกอบหนึ่งที่สำคัญของรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเริ่มจากการให้ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านทำประชาคมเปิดเวทีให้ลูกบ้านแสดงความคิดเห็นขึ้นข้อเสนอ กำหนดเป็นมาตรการ และมีการประกาศใช้เป็นมาตรการทางสังคมของตำบล เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย สิงอุดม และพระมหาสมศักดิ์ สติสมปโน (2564) ที่พบว่า ชุมชนต้นแบบในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดมีการกำหนดกติกาและใช้มาตรการทางชุมชน เช่น มีมาตรการทางสังคม มีกติกาชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธราเทพ โอธารส, สุณี สาธิตานันต์, และรังสรรค์ สิงห์เลิศ (2554) ที่พบว่า รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แบบมีส่วนร่วม สามารถนำไปสู่การวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเชื่อมโยงบูรณาการทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว โรงเรียน วัด ชุมชน ผู้นำชุมชนทั้งในระดับท้องถิ่น ท้องถิ่น ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่เน้นการส่งเสริมความรัก ความสามัคคี ความเข้มแข็งในครอบครัว ชุมชน การสร้างภูมิคุ้มกันแก่เด็กและเยาวชนทั้งในสถานศึกษาและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและกิจกรรมในโครงการเสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด การสร้างและใช้มาตรการทางสังคม รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติดในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับชุมชนควรนำรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม ตั้งแต่การจัดทำแผนชุมชน การสร้างและใช้มาตรการทางสังคม การจัดกิจกรรมเพื่อสนองตอบโครงการเสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติดในชุมชน และ การเรียนรู้ผ่านศูนย์การเรียนรู้ต่อต้านยาเสพติดในชุมชน เพื่อให้ชุมชนปลอดภัยจากยาเสพติด และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการพัฒนาคนและสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นระบบ

2.2 ควรมีการศึกษาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของภาคประชาชนในมิติต่างๆ เช่น การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในครอบครัว บทบาทของครอบครัวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

2.3 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และนางประภา วัฒนชีพ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ที่สนับสนุนงบประมาณและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน พร้อมด้วย นางวรรณดี จันทศิริ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข) ที่ให้การชี้แนะในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ระบบข้อมูลการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ*. สืบค้นจาก <https://bit.ly/35a4Tz1>

ธงชัย สิงอุดม, และพระมหาสมศักดิ์ สติสมปโน. (2564). การป้องกันและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดตามแนวชายแดน ของชุมชนในจังหวัดเลย. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 10(1), 137–148.

รศ.ดร.ไพฑูริย์ อินทสุว, สุณิสา ชาตินันต์, และรังสรรค์ สิงห์เลิศ. (2554). รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลคำบง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 5(2), 73–85.

ประสิทธิ์ สิริพันธ์. (2560). *ปรับฐานการวิจัย: แนวคิดและกระบวนการปฏิบัติการ*. สืบค้นจาก <http://203.157.168.42/bspp/uploads/download/20170809014418528.pdf>

รัฐลักษณ์ พิทักษ์จักรพิภพ. (2555). การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด: กรณีศึกษาศูนย์ยุติธรรมชุมชน ตำบลลี้จัน อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา. *วารสารกระบวนการยุติธรรม*, 5(1), 109–124.

วีระยุทธ ชาติกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 2(1), 29–49.

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดจันทบุรี. (2563). *รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดจันทบุรี ประจำปีงบประมาณ 2562*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2563). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ (2561–2580)*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

เอกรัตน์ หามนตรี. (2561). ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดอนเมือง*, 5(2), 434–451.

Dudovskiy, J. (2021). *Apple value chain analysis*. Retrieved from <https://research-methodology.net/apple-value-chain-analysis/>

การเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรองรับ ระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ

Preparation of Counseling Nurses to Support Down Syndrome Screening System in All Age Groups of Pregnant Women

จารีศรี กุลศิริปัญโญ, ปร.ด. (การบริหารการศึกษา)¹

Jareesri Kunsiripunyo, Ph.D. (Educational Administration)¹

วรรณกร ศรีรอด, ศษ.ด. (หลักสูตรและการสอน)²

Wannakorn Srirot, Ph.D. (Curriculum and Instruction)²

Received: February 25, 2021 Revised: April 16, 2021 Accepted: June 4, 2021

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ ที่ผ่านมามีการตรวจคัดกรองเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี จึงทำให้พบจำนวนทารกกลุ่มอาการดาวน์เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการลดจำนวนทารกกลุ่มอาการดาวน์ด้วยการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ และตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดในรายที่พบว่าผลการตรวจคัดกรองอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์ต่อไป ดังนั้น การเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องเตรียมความพร้อมตนเองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 1) การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด 2) การให้คำปรึกษากลุ่มอาการดาวน์ และ 3) ทักษะที่จำเป็นใน

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตกาญจนบุรี

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing Science, Western University, Kanchanaburi Campus

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) Email: jareesri2511@hotmail.com

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

² Lecturer, Faculty of Nursing, Nation University

การให้คำปรึกษากลุ่มอาการดาวน์ รวมทั้งต้องฝึกทักษะการให้คำปรึกษากลุ่มอาการดาวน์แก่
หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส ซึ่งการเตรียมความพร้อมในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์แก่
หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้สามารถลดจำนวนทารกกลุ่มอาการดาวน์ระหว่าง
การตั้งครรภ์ได้

คำสำคัญ: พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา ระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ หญิงตั้งครรภ์

Abstract

All age groups of pregnant women are at risk of developing babies with Down syndrome. However, screening babies with Down syndrome was addressed in pregnant women who were over 35 years old. As a result, the number of babies with Down syndrome is more likely to increase. Therefore, the Ministry of Public Health has a new policy to reduce the number of babies with Down syndrome by screening Down syndrome in all age groups of pregnant women and diagnosing in high-risk screening results cases, in order to make the decision to terminate or continue the pregnancy. Therefore, the preparation of counseling nurses to support Down syndrome screening system in all age groups of pregnant women is extremely important. Counseling nurses should prepare their knowledge as follows: 1) Down syndrome screening and diagnosis test; 2) Down syndrome counseling process; and 3) necessary skills for Down Syndrome counseling. In addition, counseling nurses should practice Down syndrome counseling skills for pregnant women and their spouses. The preparation of providing effective Down syndrome counseling for pregnant women and their spouses may reduce the number of babies with Down syndrome during pregnancy.

Keywords: Counseling nurses, Down syndrome screening system, Pregnant women

บทนำ

กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) เป็นโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากการมีโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินอุบัติการณ์การเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ของประเทศไทยอยู่ในช่วง 1 : 800 ถึง 1 : 1,000 (ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย, 2562) ความเสี่ยงของการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์มีความสัมพันธ์กับอายุหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ (พรณี ศิริวรรณภา และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2561; Horsager-Boehrer, 2017; Stanford Children's Health, 2020) แต่มีรายงานว่า ทารกกลุ่มอาการดาวน์ร้อยละ 75-80 เกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี (ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย, 2562) การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์โดยใช้อายุหญิงตั้งครรภ์เพียงอย่างเดียวจึงไม่ใช่วิธีที่เหมาะสมและดีที่สุด (Centers for Disease Control and Prevention, 2020) สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้มีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี, 2564) เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ เนื่องจากเด็กกลุ่มอาการดาวน์มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ที่พบบ่อยที่สุด คือ มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับต่ำถึงปานกลาง และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน มะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคติดเชื้อ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคอ้วน ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง ต่อมไทรอยด์ ปัญหาทางทันตกรรม อาการชัก การติดเชื้อที่หู และปัญหาการได้ยิน (พรณี ศิริวรรณภา และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2561; Eunice Kennedy Shriver

National Institute of Child Health and Human Development, 2018; Wikipedia, 2021) ซึ่งการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องในระยะยาว ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ทั้งการรักษาพยาบาล การเลี้ยงดู ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการด้านต่าง ๆ ทั้งนี้ การให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ควรครอบคลุมทั้งการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสมีข้อมูลในการตัดสินใจที่เหมาะสม ซึ่งการเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ นับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ ทักษะที่จำเป็นของพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ การเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ และขั้นตอนการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์แก่หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้และศักยภาพของพยาบาลแผนกฝากครรภ์ที่มีบทบาทหน้าที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์แก่หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสต่อไป

การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ หมายถึง การตรวจสารชีวเคมีในกระแสเลือดของมารดาขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 เพื่อตรวจคัดกรองว่ารายใดมีความเสี่ยงสูงที่จะให้กำเนิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ ส่วนการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด หมายถึง การตรวจเพื่อ

ยืนยันในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองแล้ว
แปลผลว่าอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (กรมอนามัย,
2563; พรณี ศิริวรรณภา และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ,
2561; พิระยุทธ สาณกุล, 2561)

วิธีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ที่ใช้
มากที่สุด คือ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง
ควบคู่กับการตรวจเลือด ดังนี้ (กรมอนามัย, 2563;
พรณี ศิริวรรณภา และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ,
2561; พิระยุทธ สาณกุล, 2561; Raby, Kohlmann,
& Hartzfeld, 2020)

1. first trimester screen คือ การตรวจ
คัดกรอง 2 ขั้นตอน โดยการเจาะเลือดของมารดาไปตรวจ
หาโปรตีน จากนั้นตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อ
ดูบริเวณถุงน้ำได้ต้นคอทารก (nuchal translucency)
การทดสอบนี้ทำในช่วงสัปดาห์ที่ 11-14 ของ
การตั้งครรภ์

2. triple screen คือ การตรวจเลือดเพื่อ
วัดปริมาณสารชีวเคมี 3 ชนิด ได้แก่ 1) alpha-
fetoprotein (AFP) ซึ่งผลิตโดยทารกในครรภ์ 2)
human chorionic gonadotropin (HCG) ซึ่ง
ผลิตโดยรก และ 3) unconjugated estriol (eU3)
ซึ่งผลิตโดยรก โดยทารกกลุ่มอาการดาวน์พบระดับ
AFP ต่ำ HCG และ eU3 สูง ซึ่งจะเจาะเลือดมารดา
ที่มีอายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์

3. quadruple test คือ การนำเลือดของ
มารดามาทดสอบสารชีวเคมี 4 ชนิด ที่มาจากเลือด
สมอง และไขสันหลังของทารก และน้ำคร่ำ ได้แก่
AFP, HCG, estriol และ inhibin-A เพื่อค้นหา
ความพิการแต่กำเนิด การทดสอบนี้ทำระหว่าง
สัปดาห์ที่ 15-20 ของการตั้งครรภ์ ปัจจุบันใน
ประเทศไทยใช้การตรวจเลือดด้วยวิธีนี้

สำหรับการแปลผลการตรวจคัดกรองกลุ่ม
อาการดาวน์นั้น ผลการตรวจคัดกรองได้จากอายุ
ที่แท้จริงของหญิงตั้งครรภ์ ร่วมกับการตรวจคัดกรอง

ด้วยวิธีต่างๆ ทั้งการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ
และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โดยการคำนวณค่า
ความเสี่ยงนั้นใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งจะคำนวณ
ออกมาเป็นตัวเลขที่สามารถแปลผลได้ 2 ลักษณะ
ดังนี้ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2562; พิระยุทธ
สาณกุล, 2561)

1. ค่าความเสี่ยง 1 : 250 หรือมากกว่า
เช่น 1 : 200 หรือ 1 : 150 จัดเป็นกลุ่มที่มี
ความเสี่ยงสูง แต่ไม่ได้หมายความว่า ทารกเป็นกลุ่ม
อาการดาวน์อย่างแน่นอน แต่มีความเสี่ยงมากพอที่
จะทำการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

2. ค่าความเสี่ยงน้อยกว่า 1 : 250 เช่น 1 : 300
หรือ 1 : 500 จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ แต่
ไม่ได้หมายความว่า ทารกไม่เป็นกลุ่มอาการดาวน์
แต่มีความเสี่ยงต่ำเกินกว่าที่จะทำการตรวจวินิจฉัย
ก่อนคลอด

หากผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์
พบว่า หญิงตั้งครรภ์อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง
ต้องทำการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดต่อไป โดย
การเก็บตัวอย่างเซลล์หรือเลือดเพื่อวิเคราะห์
โครโมโซม (chromosomal karyotyping) โดย
มีวิธีการเก็บตัวอย่าง ดังนี้ (กรมอนามัย, 2563;
พรณี ศิริวรรณภา และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ,
2561; พิระยุทธ สาณกุล, 2561; Wanapirak,
Buddhawongsa, Himakalasa, Sarnwong, &
Tongsong, 2019)

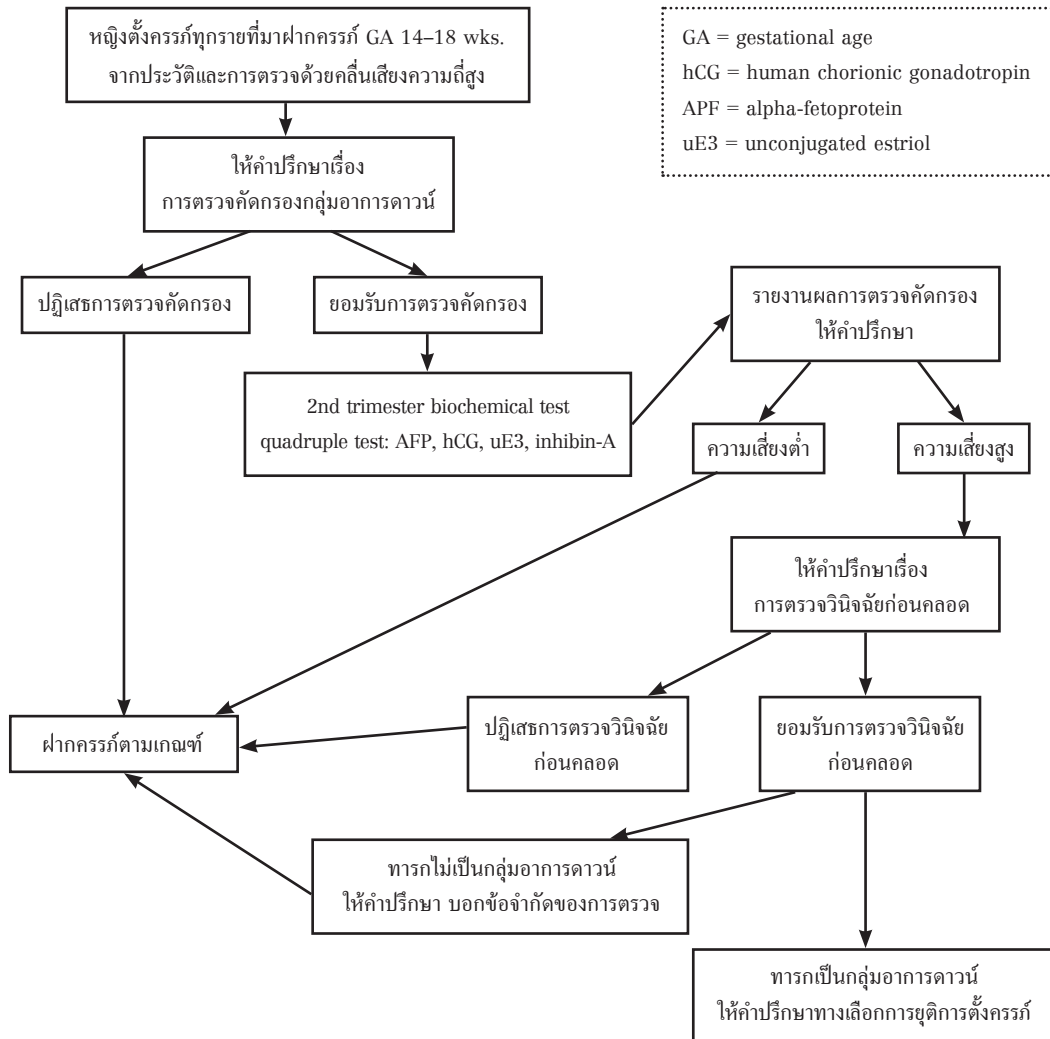
1. การตรวจชิ้นเนื้อรก (chorionic villus
sampling [CVS]) ทำการตรวจในช่วงอายุครรภ์
11-13 สัปดาห์ วิธีนี้มีความเสี่ยงต่อการแท้งร้อยละ
1.50-2

2. การเจาะน้ำคร่ำ (amniocentesis)
ทำการตรวจในช่วงอายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์ วิธีนี้
มีความเสี่ยงต่อการแท้งร้อยละ 0.30-0.50

3. การเก็บตัวอย่างเลือดจากสายสะดือ

(cordocentesis/ percutaneous umbilical blood sampling [PUBS]) ทำการตรวจในช่วงอายุครรภ์ 18–22 สัปดาห์ วิธีนี้มีความเสี่ยงต่อการแท้งร้อยละ 1–1.50

จากข้อมูลข้างต้น สรุปเป็นขั้นตอนการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด
(ที่มา: พระยวาท สานุกูล, 2561)

การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์

การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สาระความรู้และข้อเท็จจริง (fact) เกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์แก่หญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรส เพื่อให้เกิดการยอมรับ เข้าใจผลที่จะเกิดตามมา และมีทางเลือกในการตัดสินใจที่เหมาะสม (ดวงกมล ผิวบัวคำ, 2560; KidsHealth, 2018; Psychology School Guide, 2020)

หลักการสำคัญของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ คือ การมุ่งประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสเป็นหลัก ส่วนผลในการลดอุบัติเหตุ การเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ในประชากรถือเป็นผลพลอยได้ และการบอกแต่สิ่งที่เป็นความจริง (Oxenford, Daley, Lewis, Hill, & Chitty, 2017) ซึ่งต้องไม่ก่อให้เกิดความหวาดกลัวหรือความวิตกกังวลมากเกินไปจนส่งผล ทั้งนี้ควรให้คำปรึกษาเมื่อหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสอยู่พร้อมกัน

ส่วนประเด็นในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ คือ ประโยชน์ของการฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ ซึ่งแจ้งว่าการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ไม่สามารถบอกได้แน่ชัดว่าทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์หรือไม่ แต่การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดจะบอกได้แน่นอน รวมทั้งอธิบายวิธีการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจ และการรายงานผลการตรวจคัดกรอง ซึ่งจะรายงานผลออกมาเป็นตัวเลขความเสี่ยงหลังจากประมวลข้อมูลทั้งหมดแล้ว เช่น ความเสี่ยง 1 : 200 หมายถึง มีโอกาส 1 ใน 200 หรือคิดเป็นร้อยละ 0.50 ที่ทารกในครรภ์จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์หรือความเสี่ยง 1 : 500 หมายถึง มีโอกาส 1 ใน 500 หรือคิดเป็นร้อยละ 0.20 ที่ทารกในครรภ์จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ (พีระยุทธ สาณกุล, 2561) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และ

คู่สมรสเข้าใจการแปลผลได้ไม่ยากนัก

ส่วนช่วงเวลาที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์แก่หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสนั้น ควรเป็นในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสทราบแล้วว่าทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์จากผลการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ถือว่าเป็นช่วงเวลาที่ ไม่เหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษา เพราะความทุกข์และความวิตกกังวลจะทำให้ไม่สามารถรับฟังและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ ควรรอสักระยะหนึ่ง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสเป็นผู้ตัดสินใจเองสำหรับทางเลือกต่างๆ (ดวงกมล ผิวบัวคำ, 2560) โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและอธิบายจนหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสเข้าใจข้อมูลอย่างถ่องแท้

สำหรับทางเลือกในกรณีที่ทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์ มี 2 ทาง คือ การยุติการตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์ต่อไป โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอต่อการตัดสินใจไม่ว่าจะอยู่ในช่วงเวลาใดก็ตาม ถือว่าหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสมีสิทธิสูงสุดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของตนเอง (patient autonomy) พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นปัญหาเป็นอย่างดี และสามารถค้นหาข้อมูลที่จำเป็นในการตอบคำถามของหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส ทั้งนี้ การให้คำปรึกษาอาจต้องทำหลายครั้งจนกว่าหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสจะเข้าใจอย่างถ่องแท้ ต้องมีเวลาให้หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสอย่างเพียงพอ และมีสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษา โดยข้อมูลเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสต้องถือเป็นความลับ ไม่มีสิทธิที่จะเปิดเผย นอกจากได้รับอนุญาตและความยินยอมก่อน (Psychology School Guide, 2020)

ทักษะที่จำเป็นของพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์

พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ นอกจากจะต้องมีความรู้เป็นอย่างดีในเรื่องโรคแล้ว ยังต้องมีทักษะที่จำเป็น ดังนี้ (Psychology School Guide, 2020)

1. มีความรู้ความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์และเรื่องที่ให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี (scientific understanding) เพื่อสามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเงื่อนไขทางพันธุกรรม และสามารถตอบข้อซักถามได้อย่างชัดเจน

2. มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับหญิงตั้งครรภ์ (therapeutic relationship skill) สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้เกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ และทำให้กระบวนการให้คำปรึกษาเป็นไปตามเป้าหมาย

3. มีความสามารถในการสื่อสารที่โดดเด่น (outstanding verbal communication skill) นอกเหนือจากความรู้เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์ โรค และเงื่อนไขทางพันธุกรรมแล้ว จะต้องสามารถอธิบายสิ่งต่างๆ ที่หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสจำเป็นต้องรู้ให้เข้าใจโดยง่ายและชัดเจน ตรงประเด็น เพื่อให้แน่ใจว่าหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสเข้าใจสถานการณ์ที่พวกเขาเผชิญอย่างถูกต้อง

4. มีความอดทน (patience) เรื่องที่ให้คำปรึกษาอาจเป็นเรื่องยากสำหรับหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่จะเข้าใจอย่างสมบูรณ์ในครั้งแรก พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความอดทนในการอธิบายสิ่งเดียวกันหลายๆ ครั้ง และในหลายๆ วิธี จนกว่าหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสจะเข้าใจอย่างสมบูรณ์

5. มีความเอาใจใส่ (empathy) แม้ว่าพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องการอธิบายข้อเท็จจริงทางการแพทย์และสถิติต่างๆ แต่หากหญิงตั้งครรภ์

และคู่สมรสต้องการแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก ก็ต้องให้ออกมาได้แสดงออกมา โดยไม่แสดงความคิดเห็นว่าเป็นเรื่องนอกประเด็น เพียงคอยควบคุมให้เหมาะสม

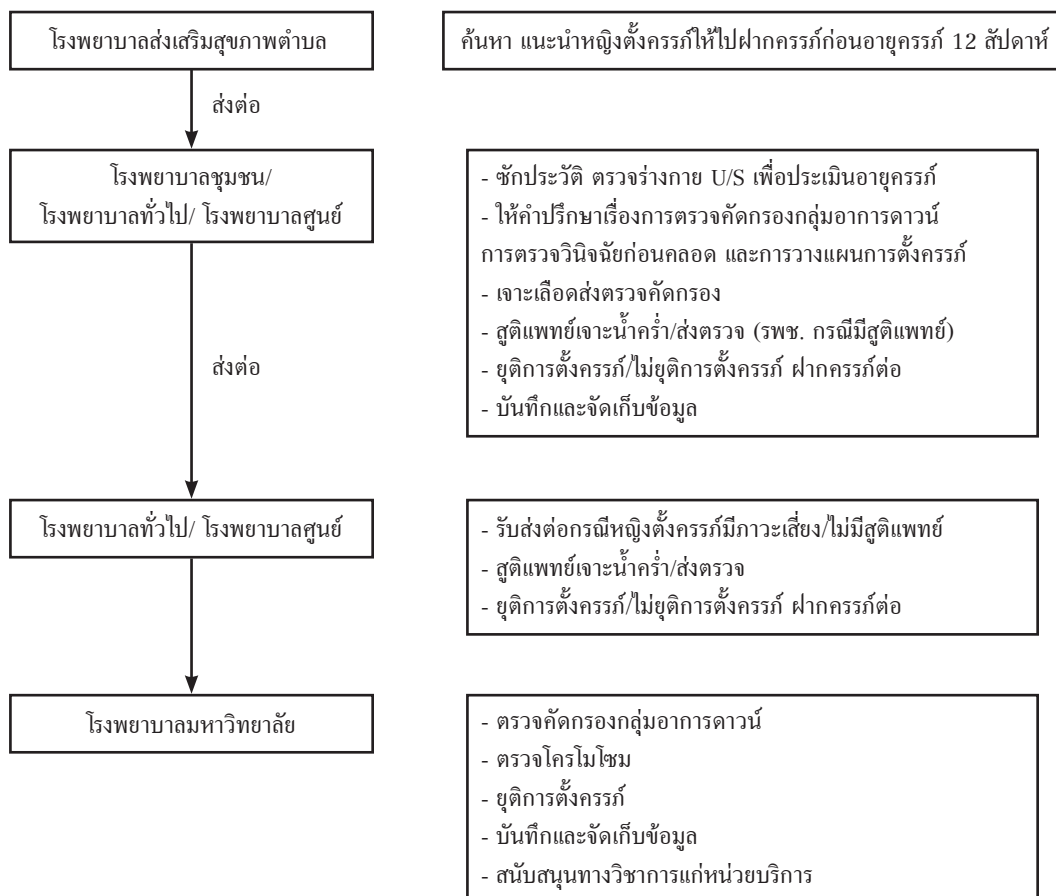
6. ความเป็นกลาง (impartiality) บทบาทของพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา คือ การให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงของสถานการณ์แก่หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส และช่วยให้เข้าใจสถานการณ์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสจะตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับ และพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องให้ทางเลือกในการตัดสินใจที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส แต่การตัดสินใจขึ้นอยู่กับหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสเป็นหลัก

7. มีทักษะการแก้ปัญหา (problem solving skill) ระหว่างการให้คำปรึกษาอาจมีปัญหาก็ไม่คาดคิดเกิดขึ้นหลายประการ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องพิจารณาความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดจากข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อให้การให้คำปรึกษานั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทักษะนี้เป็นทักษะที่มีประโยชน์อย่างมากในการให้คำปรึกษาเรื่องที่ละเอียดอ่อน

จากทักษะที่จำเป็นข้างต้น พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจึงจำเป็นต้องผ่านการฝึกทักษะการให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดความชำนาญและความมั่นใจ

การเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ

การเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ขึ้นอยู่กับขีดความสามารถของสถานพยาบาลด้วย โดยภาพรวมพอสรุปบทบาทของสถานพยาบาลแต่ละระดับเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ ได้ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 บทบาทของสถานพยาบาลแต่ละระดับเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ (ที่มา: ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย, 2562)

จากแผนภาพที่ 2 จะเห็นได้ว่า พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เน้นการค้นหาและสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ในไตรมาสแรก ส่วนพยาบาลในสถานพยาบาลระดับอื่นๆ เน้นการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ ซึ่งพยาบาลที่ยังไม่เคยมีทักษะในการให้

คำปรึกษามาก่อนจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะ ส่วนพยาบาลที่เคยมีประสบการณ์ก็ควรพัฒนาทักษะที่มีอยู่และปรับให้ทันสมัย สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ กรมอนามัย (2563) ได้เสนอแนวทางการเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา

เพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์
ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องต่อไปนี้

1.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์
ได้แก่ สถานการณ์การเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์
โครโมโซมปกติและโครโมโซมกลุ่มอาการดาวน์
ลักษณะทารกกลุ่มอาการดาวน์ การตรวจคัดกรอง
กลุ่มอาการดาวน์ และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด
ได้แก่ ความหมาย วิธีการ ผลการตรวจคัดกรอง/
การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด เพื่อให้พยาบาลมีความรู้
ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ และแยกแยะ
ความแตกต่างระหว่างโครโมโซมปกติกับโครโมโซม
กลุ่มอาการดาวน์ได้

1.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับความหมาย
วัตถุประสงค์ หลักการ และกระบวนการให้คำปรึกษา
ขั้นพื้นฐาน และความหมาย วัตถุประสงค์ หลักการ และ
กระบวนการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์
เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาพรวม
ของกระบวนการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน และการให้
คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์

1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับความหมาย วัตถุประสงค์
หลักการ และกระบวนการให้คำปรึกษาก่อนและหลัง
การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อให้พยาบาล
มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาก่อน
และหลังการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ และ
สามารถถ่ายทอดความรู้และประเด็นสำคัญ รวมถึง

สามารถนำทักษะการให้คำปรึกษามาใช้ได้อย่าง
เหมาะสม

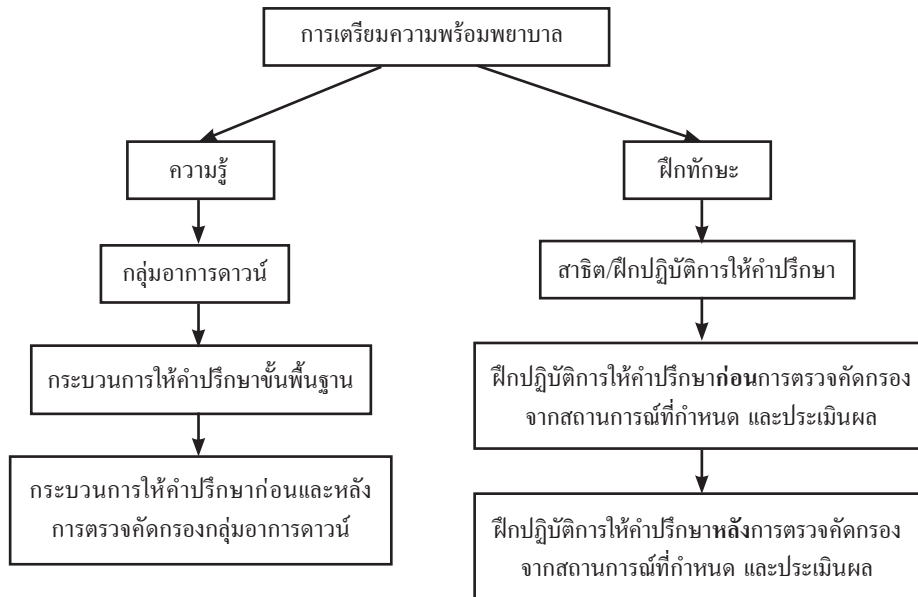
ขั้นตอนที่ 2 ฝึกทักษะการให้คำปรึกษา ดังนี้

2.1 สาธิต/ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาก่อน
การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ จากบทบาท
สมมติ ทั้งในส่วนผู้ให้คำปรึกษา หญิงตั้งครรภ์ และ
ผู้สังเกตการณ์ เพื่อให้พยาบาลสามารถนำทักษะต่าง ๆ
มาใช้ในบทบาทสมมติที่ได้รับ เพื่อทราบถึงปัญหา/
อุปสรรคในการให้คำปรึกษา แล้วนำมาพัฒนาต่อไป

2.2 ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจ
คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์จากสถานการณ์ที่กำหนด
และประเมินผล เพื่อให้ทราบว่ามีการนำกระบวนการให้
คำปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์
มาใช้ครบทุกขั้นตอนหรือไม่ หรือมีปัญหา/อุปสรรค
อะไรเกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรอง
กลุ่มอาการดาวน์

2.3 ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาหลังการตรวจ
คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์จากสถานการณ์ที่กำหนด
และประเมินผล เพื่อให้ทราบว่ามีการนำกระบวนการให้
คำปรึกษาหลังการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์
มาใช้ครบทุกขั้นตอนหรือไม่ หรือมีปัญหา/อุปสรรค
อะไรเกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาหลังการตรวจ
คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์

จากการเตรียมความพร้อมข้างต้น สามารถ
สรุปได้ดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 การเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรอง
กลุ่มอาการดาวนในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ
(ที่มา: คู่มือฝึกอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาทางพันธุศาสตร์กลุ่มอาการดาวน ของกรมอนามัย [2563]
ร่วมกับประสบการณ์การสอนและการปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลในแผนกฝากครรภ์)

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน แก่หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวนเหมือนกับการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ทั่วไปตรงที่เป็นการแบ่งปันข้อมูลความเสี่ยง แต่สิ่งที่มีความแตกต่างของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน คือ เนื้อหาและข้อมูลที่ต้องให้แก่ผู้รับคำปรึกษา (กรมอนามัย, 2563) นอกจากนี้ เนื้อหาของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวนของทารกในครรภ์นั้น มีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์หรือแม้แต่การให้คำปรึกษาในช่วงหลังคลอด ในกรณีที่สงสัยว่าทารกที่คลอดออกมาอาจมีปัญหาอาการดาวน ก็มีความแตกต่างจากการให้คำปรึกษาในระยะตั้งครรภ์อย่างสิ้นเชิง ไม่ว่าจะเป็นบริบทของเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้รับ

คำปรึกษา และข้อมูลที่ต้องได้รับ การให้คำปรึกษาที่ดีไม่มีความจำเป็นต้องให้ข้อมูลทั้งหมด เนื่องจากการได้รับข้อมูลมากเกินไปโดยเฉพาะส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้รับคำปรึกษาโดยตรง อาจก่อให้เกิดความสับสนและไม่เข้าใจ ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาควรให้เฉพาะข้อมูลที่สำคัญและมีความจำเป็นต่อการตัดสินใจเท่านั้น (Psychology School Guide, 2020) เนื่องจากเหตุผลดังกล่าว จึงแบ่งการให้คำปรึกษาออกเป็นขั้นตอน และเน้นเฉพาะส่วนเนื้อหาของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวนในระยะตั้งครรภ์ โดยดัดแปลงจากคู่มือฝึกอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาทางพันธุศาสตร์กลุ่มอาการดาวน ของกรมอนามัย (2563) ร่วมกับประสบการณ์การสอนและการปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลในแผนกฝากครรภ์ ดังแสดงในตารางที่ 1-6

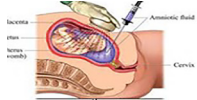
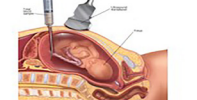
ตารางที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 ในการให้คำปรึกษาเมื่อมาฝากครรภ์

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อ	ตัวอย่างสื่อ
1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ และ ความสำคัญของ การตรวจคัดกรอง กลุ่มอาการดาวน์ และการตรวจ วินิจฉัยก่อนคลอด	เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ - ทราบวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของ การให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการตรวจ คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ และ การตรวจ ดาวน์ - เห็นภาพรวมเกี่ยวกับ กลุ่มอาการดาวน์	ความหมายของ กลุ่มอาการดาวน์ และ ความสำคัญ ของการตรวจ คัดกรองกลุ่ม อาการดาวน์และ การตรวจวินิจฉัย ก่อนคลอด	- flip chart - PowerPoint presentation - VDO	 ที่มา: https://www.parentsonline.com/information-about-down-syndrome

ตารางที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 ในการให้คำปรึกษาเมื่อมาฝากครรภ์

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อ	ตัวอย่างสื่อ
2. อธิบายเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง กลุ่มอาการดาวน์/ การตรวจวินิจฉัย ก่อนคลอด	เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ - มีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ การตรวจคัดกรอง กลุ่มอาการดาวน์ - เข้าใจความหมายและ ความเป็นไปได้ของ ผลการตรวจคัดกรอง กลุ่มอาการดาวน์ - มีความเข้าใจเกี่ยวกับ การตรวจคัดกรอง กลุ่มอาการดาวน์และ การตรวจวินิจฉัย ก่อนคลอด	- ปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิด กลุ่มอาการดาวน์ - ความหมายและ วิธีการตรวจ คัดกรองกลุ่ม อาการดาวน์/ การตรวจวินิจฉัย ก่อนคลอด การแปลผล	- flip chart - PowerPoint presentation - VDO	 ที่มา: https://www.healthline.com/health/pregnancy/blood-test-for-gender และ https://www.samitivejhospitals.com/article/detail/3d-and-4d-ultrasound

ตารางที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 ในการให้คำปรึกษาเมื่อมาฝากครรภ์

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อ	ตัวอย่างสื่อ
3. อธิบายเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดในกรณีที่ผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง	เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจความหมายของการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด - เพื่อทราบแนวทาง การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด	การปฏิบัติเมื่อผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและวิธีการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด	- flip chart - PowerPoint presentation - VDO	 เจาะน้ำคร่ำ  ตัดชิ้นเนื้อรก  เจาะเลือดจากสายสะดือ ที่มา: https://whatafy.com/chorionic-villus-test-in-pregnancy-%C2%96-chorionic-villus-sampling/ และ https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/percutaneous-umbilical-blood-sampling/about/pac-20393638

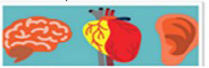
ตารางที่ 4 ขั้นตอนที่ 4 ในการให้คำปรึกษาเมื่อมาฝากครรภ์

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อ	ตัวอย่างสื่อ
4. อธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ	เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ลดความวิตกกังวล	ประโยชน์และความเสี่ยงของการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด	- flip chart - PowerPoint presentation - VDO	 เจาะน้ำคร่ำจำเป็นไหม ที่มา: https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/amniocentesis

ตารางที่ 5 ขั้นตอนที่ 5 ในการให้คำปรึกษาเมื่อมาฝากครรภ์

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อ	ตัวอย่างสื่อ
5. การให้คำปรึกษาในกรณีที่ผลการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดพบว่าทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์	เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจในกรณีที่ผลการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดพบว่าทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์	ขั้นตอนการให้คำปรึกษาในกรณีที่ผลการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดพบว่าทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์	- flip chart - PowerPoint presentation - VDO	 ที่มา: https://th.theasianparent.com/2557-labor-price-hospital

ตารางที่ 6 ขั้นตอนที่ 6 ในการให้คำปรึกษาเมื่อมาฝากครรภ์

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อ	ตัวอย่างสื่อ
6. ให้ทางเลือกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในกรณีที่ทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์	เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเลือกจากข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับโดยไม่ขึ้นกับการตัดสินใจ	ทางเลือกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในกรณีที่ทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์ 1. ยุติการตั้งครรภ์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ/กระบวนการยุติการตั้งครรภ์ 2. การตั้งครรภ์ต่อไป ให้ข้อมูลดังนี้ - พยาธิสภาพของกลุ่มอาการดาวน์ - แผนการรักษาในแต่ละราย (ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ) - สถานที่คลอดที่มีความพร้อม - ปัญหาที่อาจพบหลังคลอด การกระตุ้นพัฒนาการ และ การรักษาพยาบาลต่อเนื่อง	- flip chart - PowerPoint presentation - VDO	  ที่มา: https://www.shutterstock.com/th/search/abortion+icon และ https://www.everydayhealth.com/down-syndrome/complications-health-problems/

จากตารางที่ 1-6 สามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาเมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ได้เป็นขั้นตอน และนำมาวางแผนให้คำปรึกษาในขั้นตอนต่อไปได้อย่างมีทิศทางที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุป

การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ มิได้มุ่งไปที่การยุติการตั้งครรภ์ในกรณีที่พบทารกเป็นกลุ่มอาการดาวน์ทั้งหมด แต่มุ่งให้หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข เพื่อให้มีข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจและวางแผนในอนาคตได้อย่างเหมาะสม ทั้งการวางแผนการเลี้ยงดู และการส่งเสริมพัฒนาการให้แก่เด็กกลุ่มอาการดาวน์ รวมถึงในกรณีที่ต้องยุติการตั้งครรภ์หากจำเป็น พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ เพื่อให้สามารถให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสได้อย่างมีอาชีพ ซึ่งนอกจากพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความรู้ที่แม่นยำแล้ว ยังต้องมีทักษะในการประคับประคองจิตใจร่วมด้วย ทั้งนี้ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ควรดำเนินการในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดในช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์และลดปัญหาในการเลี้ยงดูต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2562). *DMSc maternal & child health laboratory network*. สืบค้นจาก https://www.plandmsc.com/images/Download/DMSc-Meeting/Dmsc-Anamai2562/1_2_DMSc_MCH_17_April_2019.pdf
- กรมอนามัย. (2563). *คู่มือฝึกอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาทางพันธุศาสตร์กลุ่มอาการดาวน์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ดวงกมล ผิวบัวคำ. (2560). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมต่อการยอมรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ทารกในครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 35 ปี* (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. สืบค้นจาก https://www.hospital.tu.ac.th/km/admin/new/010620_112323.pdf
- พรณี ศิริวรรณภา, และเฟื่องดา ทองประเสริฐ. (2561). *กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome): สิ่งที่คุณควรรู้สำหรับสูติแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป*. สืบค้นจาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=428:screening-for-fetal-down-syndrome&catid=40:residents--fellows&Itemid=482

- พีระยุทธ สารกุล. (2561). การตรวจคัดกรองทารก
กลุ่มอาการดาวน์โดยวิธี Quadruple Marker
Test. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*,
10(1), 1-11.
- ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย. (2562).
โครงการป้องกันการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์
เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2562. สืบค้นจาก
[http://203.157.71.148/data/cluster/
mom/download/Down62.pdf](http://203.157.71.148/data/cluster/mom/download/Down62.pdf)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10
อุบลราชธานี. (2564). *การบริหารจัดการ
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(P&P)
ปี 2564*. สืบค้นจาก [http://203.157.172.1/
computer/web51v2/filenewspay/
261020105749.pdf](http://203.157.172.1/computer/web51v2/filenewspay/261020105749.pdf)
- Centers for Disease Control and Prevention.
(2020). *Facts about Down syndrome*.
Retrieved from [https://www.cdc.gov/
ncbddd/birthdefects/downsyndrome.html](https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/downsyndrome.html)
- Eunice Kennedy Shriver National Institute
of Child Health and Human Development.
(2018). *Down syndrome: Research
activities and scientific advances*. Retrieved
from [https://www.nichd.nih.gov/health/
topics/down/researchinfo/activities](https://www.nichd.nih.gov/health/topics/down/researchinfo/activities)
- Horsager-Boehrer, R. (2017). *Why does a
woman's age impact the risk of Down
syndrome in her baby?*. Retrieved
from [https://utswmed.org/medblog/
age-matters-down-syndrome/](https://utswmed.org/medblog/age-matters-down-syndrome/)
- KidsHealth. (2018). *Prenatal genetic counseling*.
Retrieved from [https://kidshealth.org/
en/parents/genetic-counseling.html](https://kidshealth.org/en/parents/genetic-counseling.html)
- Oxenford, K., Daley, R., Lewis, C., Hill, M.,
& Chitty, L. S. (2017). Development and
evaluation of training resources to prepare
health professionals for counselling
pregnant women about non-invasive
prenatal testing for Down syndrome: A
mixed methods study. *BMC Pregnancy
and Childbirth*, 17, 132. doi:10.1186/
s12884-017-1315-7
- Psychology School Guide. (2020). *Genetic
counseling careers*. Retrieved from
[https://www.psychologyschoolguide.net/
counseling-careers/becoming-a-genetic-
counselor/](https://www.psychologyschoolguide.net/counseling-careers/becoming-a-genetic-counselor/)
- Raby, B. A., Kohlmann, W., & Hartzfeld, D.
(2020). *Genetic counseling: Family
history interpretation and risk assessment*.
Retrieved from [https://www.uptodate.
com/contents/genetic-counseling-family-
history-interpretation-and-risk-assessment?
search=basic-principles-of-genetic-
counseling-for-the-obstetrical-provider
&source=search_result&selectedTitle=
1~150&usage_type=default&display_
rank=1](https://www.uptodate.com/contents/genetic-counseling-family-history-interpretation-and-risk-assessment?search=basic-principles-of-genetic-counseling-for-the-obstetrical-provider&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- Stanford Children's Health. (2020). *Risks
of pregnancy over age 30*. Retrieved from
[https://www.stanfordchildrens.org/
en/topic/default?id=pregnancy-over-
age-30-90-P02481](https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=pregnancy-over-age-30-90-P02481)

Wanapirak, C., Buddhawongsa, P., Himakalasa, W., Sarnwong, A., & Tongsong, T. (2019). Fetal Down syndrome screening models for developing countries; Part II: Cost-benefit analysis. *BMC Health Services Research*, 19(1), 898. doi: 10.1186/s12913-019-4699-4

Wikipedia. (2021). *Down syndrome*. Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/Down_syndrome

การจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน Self-management for Blood Sugar Control of Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus

อารีรัตน์ วิเชียรประภา, พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)¹
Areerat Wichainprapha, M.N.S. (Maternal and Newborn Nursing)¹

Received: January 30, 2021 Revised: April 22, 2021 Accepted: April 30, 2021

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยขณะตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเริ่มจากการควบคุมอาหาร หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะมีการรักษาด้วยอินซูลินร่วมด้วย ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer (2000) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ เริ่มต้นตั้งแต่การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมโรค โดยบุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้ทำหน้าที่ในการให้ความรู้ ตลอดจนฝึกทักษะในการจัดการตนเองให้แก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากบุคลากรทีมสุขภาพและจากแหล่งข้อมูลอื่น นำมาประมวลผลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในตัดสินใจและเลือกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในระหว่างที่หญิงตั้งครรภ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่นั้น บุคลากรทีมสุขภาพทำหน้าที่ในการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง และร่วมสะท้อน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute, E-mail: areerat@pnc.ac.th

ถึงปัญหา อุปสรรค ตลอดจนปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติตัวที่ทำให้สามารถจัดการตนเองได้ บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้น การจัดการตนเองในการควบคุมโรคจึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพกับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประสบความสำเร็จ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

Abstract

Diabetes mellitus is the most common complication found in pregnancy which affects maternal and child health status. The practice guideline for pregnant women with gestational diabetes mellitus (GDM) starts from the diet control. If pregnant women with GDM have poor blood sugar control, they will also receive insulin therapy. Therefore, health personnel should promote pregnant women to have an appropriate self-management in order to control their blood sugar and prevent complications. According to Creer (2000), the self-management is a behavior modification for disease control of pregnant women. It starts from goal selection for diet control and physical activity to control disease. The health personnel provide health education and skill training for self-management to pregnant women. Then, pregnant women collect information from health personnel and other sources, following by information processing in order to make decision and take an appropriate practice to achieve goal. As pregnant women modify their health behaviors, health personnel play an encouraging role and provide the morale continuously as well as reflect the problems, barriers, and success factors to achieve the goal of self-management. Therefore, self-management for disease control focuses on a cooperation between health personnel and pregnant women. As a result, pregnant women can achieve the goal of self-management for blood sugar control.

Keywords: Self-management, Blood sugar control,

Pregnant women with gestational diabetes mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในขณะตั้งครรภ์ อัตราการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบได้ร้อยละ 1-14 ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติและเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ซึ่งโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของหญิงตั้งครรภ์และทารก ได้แก่ การแท้งบุตร ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ทารกมีขนาดตัวใหญ่ การคลอดติดไหล่ ทารกได้รับบาดเจ็บจากการคลอด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อหลังคลอด (สุนันทา ชังวนิชเศรษฐ, 2559) และมีโอกาสเป็นเบาหวานหลังคลอดได้อีกด้วย ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานประกอบด้วย การรักษาด้วยการควบคุมอาหารและการรักษาด้วยอินซูลิน ซึ่งการรักษาด้วยอินซูลินจะใช้ในรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้โดยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว (บังอร สุภวิทพัฒนา และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562) ดังนั้นการเริ่มต้นการรักษาด้วยการควบคุมอาหารจึงเป็นหลักสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งการที่หญิงตั้งครรภ์จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นขึ้นอยู่กับการตระหนักถึงความสำคัญ ความตั้งใจ ความเชื่อ ทักษะการส่งเสริมและสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพและครอบครัว รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหารและพฤติกรรม

การออกกำลังกายสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, สุนันทา ชังวนิชเศรษฐ, และโสเพ็ญ ชูนวน, 2562) โดยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยส่งเสริมให้มีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความเชื่อที่ถูกต้องทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และมั่นใจในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ที่กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การกำหนดเป้าหมาย ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้จริงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การประมวลผลและประเมินข้อมูล ตัดสินใจที่จะกระทำ ซึ่งนำไปสู่การลงมือปฏิบัติ และการประเมินหรือสะท้อนการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งมาตรฐานการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน (Diabetes Self-Management Educational Support [DSMES]) เป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวย ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดความรู้ ทักษะและความสามารถที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน เนื่องจากภาวะเบาหวานเป็นภาวะสุขภาพที่ต้องการการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (อัมพา สุทธิจำรูญ และคณะ, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (กฤษณ์ สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์, 2562) ซึ่งกระบวนการในการจัดการตนเองนี้

จะสามารถนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ได้ประสบความสำเร็จ และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน แนวคิดการจัดการตนเอง และการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพในการนำมาใช้สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองได้ต่อไป

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

หลักสำคัญในการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมในการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองนั้นประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (กฤษฎิ์ สุวรรณรัตน์ และคณะ, 2562) ตลอดจนต้องมีการกระตุ้นเตือนให้คำปรึกษา และติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ จึงจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การควบคุมอาหาร สำหรับการควบคุมอาหารในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ทำได้โดยเริ่มต้นจากการสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์แต่ละบุคคล จากประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผู้ป่วย

มีวิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารโดยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, รมภพ อัมทัต, ภัทรพร จูจันทร์, และวันวิสา วัฒนกุล, 2560) ซึ่งสิ่งสำคัญในการควบคุมอาหาร คือ การกำหนดสัดส่วนของอาหารในหมวดต่างๆ ให้ครบทั้ง 5 หมู่ และให้ได้พลังงานเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยพิจารณาสัดส่วนของอาหารจากค่าระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ ควรกำหนดปริมาณอาหารให้ได้พลังงานวันละ 32 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กก. สำหรับในไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 เพิ่มขึ้นเป็นวันละ 38 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กก. แบ่งออกเป็นอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-55 โปรตีนร้อยละ 20 และไขมันร้อยละ 25-30 โดยต้องมีปริมาณคาร์โบไฮเดรตอย่างน้อยวันละ 200 กรัม (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) และควรแบ่งมื้ออาหารออกเป็นอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ อาหารมื้อว่าง และอาหารมื้อก่อนนอน เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงเวลากลางคืน แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน ควรรับประทานอาหารและผลไม้ให้ได้วันละ 5 ส่วน คาร์โบไฮเดรตควรเลือกอาหารจำพวกธัญพืช ส่วนโปรตีนควรเน้นที่มาจากเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น ปลา และโปรตีนที่มาจากพืช เช่น ถั่วต่างๆ นอกจากนี้ยังมีนมที่เป็นแหล่งสารอาหารที่จำเป็นและครบถ้วนสำหรับร่างกาย ควรเลือกดื่มนมชนิดจืดพร้อมมันเนยหรือขาดมันเนย และควรลดสัดส่วนอาหารที่เป็นไขมัน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และอรพินท์ สีขาว, 2557)

การออกกำลังกาย ควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานมากขึ้น อินซูลินมีความไวในการทำงานมากขึ้น เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินลดลง จึงช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Kavita et al., 2013 อ้างถึงในสุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, 2559) ซึ่งแนวทางการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานทำได้ 2 ชนิด คือ 1) การออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใหญ่ เช่น การเดิน การว่ายน้ำ และ 2) การออกกำลังกายโดยการบริหารข้อต่อต่างๆ เช่น โยคะ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Padayachee & Coombes, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของพรธรรมรส โพธิ์, จรัสศรี ธีระกุลชัย, จันทิมา ขนบดี, และพัญญ พันธ์บุรณะ (2559) ที่พบว่า การออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านด้วยการใช้ยางยืดและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ใช้เวลา 30-40 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม ทั้งนี้ ในการออกกำลังกายควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในท่านอนหงายเป็นเวลานาน เนื่องจากทำให้มดลูกกดทับหลอดเลือดดำใหญ่ (inferior vena cava) ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ไม่ดี อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะได้ และควรหยุดออกกำลังกายและรีบไปพบแพทย์หากมีเลือดออกทางช่องคลอด มีอาการเจ็บครรภ์ ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือทารกดิ้นน้อยลง

การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและวิธีการปฏิบัติตัวหากพบอาการผิดปกติ บุคลากรทีมสุขภาพควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการผิดปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ คือ

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยต้องแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งจะมีอาการหัว เหนื่อออก กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย ตามืดหรือเห็นภาพซ้อน มึนงง ผิวหนังขึ้น แต่ซีพจปรกติ หากเกิดอาการดังกล่าวให้รับประทานของหวานหรือดื่มน้ำหวานทันทีและนอนพัก หากมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จะมีอาการกระหายน้ำ ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน สับสน มองเห็นไม่ชัด ปัสสาวะมาก ปวดศีรษะ ผิวหนังร้อนแห้ง หายใจเร็วและมีกลิ่นอะซิโตน ซีพจปรเร็ว อ่อนเพลีย หากเกิดอาการต้องดูแลให้ได้ รับอินซูลินที่เหมาะสมกับระดับน้ำตาลในเลือด (บังอร ศุภวิทพัฒนา และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562) สำหรับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ คือ ทารกดิ้นน้อยลงหรือไม่ดิ้น เนื่องจากภาวะเบาหวานมีผลต่อหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงที่รกลดลง มีผลให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน จึงควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์นับการดิ้นของทารกในครรภ์ทุกวัน หากพบว่าทารกดิ้นน้อยลงหรือทารกไม่ดิ้น ควรรีบมาพบแพทย์

การติดตามการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์

บุคลากรทีมสุขภาพควรติดตามข้อมูลการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีหลายช่องทาง เช่น การติดตามข้อมูลเมื่อหญิงตั้งครรภ์มาตรวจตามนัด การติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ หรือการติดต่อผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยมีการให้คำแนะนำให้คำปรึกษา สอบถามถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข ซึ่งถือได้ว่าเป็นวิธีการเสริมพลังในการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (Pais, Parry, Petrova, & Rowan, 2017) เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ดังนั้น การพยาบาลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะตั้งครรภ์ ควรเน้นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกต และการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การนับการเดินของทารกในครรภ์ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด (บังอร สุภวิทิตพัฒนา และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วิวัฒน์เสรี, 2562) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

แนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองในการจัดการกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ (ชดช้อย วัฒนะ, 2558)

1. การตั้งเป้าหมาย (goal selection) คือ การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพในการควบคุมโรค โดยเป้าหมายนั้นต้องเป็นเป้าหมายที่สามารถทำได้จริงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมขึ้นอยู่กับความตั้งใจและความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมโรค และการตั้งเป้าหมายจะเกิดขึ้นได้นั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและวิธีการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง จึงจะสามารถปฏิบัติตนเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ จากการศึกษาของ กฤษณี สุวรรณรัตน์ และคณะ (2562) หญิงตั้งครรภ์มีการตั้งเป้าหมาย คือ สามารถควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดได้ตามที่ต้องการ และมีเป้าหมายเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ทั้งด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) คือ การที่ผู้ป่วยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค วิธีการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งการสังเกตอาการและอาการแสดง หรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยมีการบันทึกข้อมูลไว้เพื่อเป็นการสังเกตและเฝ้าระวังตนเอง จากการศึกษาของ ดวงใจ พรหมพยัคฆ์ และคณะ (2560) พบว่าผู้ป่วยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการจัดการตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยด้วยกันเอง และจากญาติพี่น้องอีกด้วย

3. การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) เป็นการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง อาการของตนเองในแต่ละวัน ตลอดจนอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และเพื่อนำมาพิจารณาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือด การประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวของตนเอง เป็นต้น

4. การตัดสินใจ (decision making) เป็นการตัดสินใจในการจัดการตนเองหลังจากที่ผู้ป่วยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง จากบุคลากรทีมสุขภาพหรือจากการหาข้อมูลด้วยตนเอง โดยขั้นตอนการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเองนั้น

เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเอง โดยเลือกวิธีการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง

5. การลงมือปฏิบัติ (action) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้เก็บรวบรวมข้อมูลประมวลผลและประเมินข้อมูลภาวะเจ็บป่วยของตนเองแล้ว ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการเพื่อควบคุมโรคด้วยตัวเอง ซึ่งพฤติกรรมในการจัดการโรคเรื้อรังประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนสามารถสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาวิธีการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของเกษม ดำนอก และสมจิต แดงสีแก้ว (2560) พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถจัดการระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นั้น ผู้ป่วยมีการควบคุมการรับประทานอาหารหวานอย่างจริงจัง และรับประทานอาหารพื้นบ้านที่ทำรับประทานเอง

6. การสะท้อนตนเอง (self-reaction) เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงการปฏิบัติที่เหมาะสมที่นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้สำเร็จ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการสะท้อนตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมี 2 ประเด็นที่สำคัญ คือ 1) การประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือด และ 2) การประเมินจากพฤติกรรมและอาการของตนเอง โดยใช้วิธีการประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อมาตรวจตามนัด ส่วนการประเมินพฤติกรรมและอาการของตนเอง จะใช้วิธีการสังเกตอาการตนเอง ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้เองขณะอยู่ที่บ้าน

จะเห็นได้ว่า การจัดการตนเองเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลเพื่อให้สามารถควบคุมการดำเนินของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ โดยเริ่มต้นตั้งแต่การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค บุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้ทำหน้าที่ในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ตลอดจนฝึกทักษะในการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยมีหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากบุคลากรทีมสุขภาพและจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลเพื่อนำมาตัดสินใจและเลือกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในระหว่างที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่นั้น บุคลากรทีมสุขภาพมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง และร่วมสะท้อนวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ตลอดจนปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติตัวที่ทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ การจัดการตนเองในการควบคุมโรคจึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ประสบความสำเร็จ

การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์สู่การปฏิบัติ ทำได้โดยการเริ่มต้นจากบุคลากรทีมสุขภาพพบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเป็นรายบุคคล เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกประจำตัวหญิงตั้งครรภ์

ที่บุคลากรทีมสุขภาพแจ้งให้ ซึ่งการพบหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคลทำให้บุคลากรทีมสุขภาพให้คำแนะนำได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของแต่ละบุคคล จากนั้นบุคลากรทีมสุขภาพให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นที่เป็นผลมาจากการควบคุมโรคได้ไม่ดี วิธีการจัดการตนเองและการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะผิดปกติเกิดขึ้น นอกจากนี้ บุคลากรทีมสุขภาพยังต้องสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ให้กำลังใจ และเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคของหญิงตั้งครรภ์ โดยบุคลากรทีมสุขภาพทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นเตือน ส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทุกครั้งที่หญิงตั้งครรภ์มาตรวจตามนัด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถธำรงรักษาสีที่ปฏิบัติได้ดีแล้วไว้ ทั้งนี้ ผู้เขียนขอเสนอแนวทางสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในการฝึกทักษะการจัดการตนเองในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย เป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด เอ วัน (gestational diabetes mellitus class A1) ที่ได้รับการรักษาโดยการควบคุมอาหาร โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 2 ประเด็น ดังนี้

1.1 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเกณฑ์ ซึ่งเป้าหมายของระดับน้ำตาลในเลือดที่ตั้งไว้ คือ ค่าระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหาร ไม่เกิน 95 mg/dL ค่าระดับน้ำตาลในเลือด 1 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร ไม่เกิน 140 mg/dL และค่าระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร ไม่เกิน 120 mg/dL (Chandalin, 2015 อ้างถึงในสุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, 2559) รวมทั้งไม่มี

อาการผิดปกติเกิดขึ้น คือ 1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ หิว เหงื่อออก กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย ตามืดหรือเห็นภาพซ้อน มึนงง ผิวหนังชื้น และ 2) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระหายน้ำ ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน สับสน มองเห็นไม่ชัด ปัสสาวะมาก ปวดศีรษะ ผิวหนังร้อนแห้ง หายใจเร็วและมีกลิ่นอะซิโตน อ่อนเพลีย

1.2 สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย โดยการรับประทานอาหารเช้าแบ่งมื้ออาหารออกเป็นอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ อาหารมื้อว่าง 2 มื้อ (เช้า บ่าย) และอาหารมื่อก่อนนอน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน ลดสัดส่วนอาหารจำพวกแป้งและไขมัน สำหรับการออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์แต่ละบุคคลต้องระบุเป้าหมายของตนเองไว้ในสมุดบันทึกประจำตัวหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีเป้าหมายในการจัดการตนเองอย่างชัดเจน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล หญิงตั้งครรภ์มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เมื่อมาที่แผนกฝากครรภ์หรือในขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หญิงตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนวิธีการจัดการตนเอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเองและทารกในครรภ์ นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ยังมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ และการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งหลังจากที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ แล้ว หญิงตั้งครรภ์ต้องฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลของตนเอง เช่น การบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ชนิดของอาหารที่

รับประทานมือหลักและอาหารที่รับประทานมือว่าง การออกกำลังกายในแต่ละวัน การสังเกตอาการ และอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การนับจำนวนการเดินของทารก และการฝึกทักษะการบันทึกข้อมูลลงในตารางการบันทึกข้อมูลในขณะที่หญิงตั้งครรภ์พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยให้บันทึกรายการอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ เพื่อฝึกสังเกตปริมาณ รสชาติ และชนิดของอาหารในแต่ละมื้อ และนำไปเป็นแนวทางในการจัดรายการอาหารในแต่ละวันของตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน บันทึกข้อมูลการออกกำลังกาย จำนวนการเดินของทารก อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมถึงวิธีการในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ และเมื่อหญิงตั้งครรภ์กลับไปอยู่ที่บ้านยังคงให้บันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่องทุกวัน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และบุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ และประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้เมื่อมาฝากครรภ์ตามนัดครั้งต่อไป

3. การประมวลผลและประเมินข้อมูล โดยการฝึกทักษะในการนำข้อมูลที่หญิงตั้งครรภ์เก็บรวบรวม และบันทึกไว้ในแต่ละวันมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ เช่น นำข้อมูลค่าระดับน้ำตาลในเลือดของแต่ละวัน มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่กำหนดไว้ตามแผนการรักษาของแพทย์ จากนั้นวิเคราะห์วิธีการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ชนิด ปริมาณ และประเภทของอาหารที่รับประทาน วิธีการออกกำลังกายและระยะเวลาการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ บุคลากรทีมสุขภาพยกตัวอย่างอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ฝึกการประเมินข้อมูล และหาวิธีการแก้ไขเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

4. การตัดสินใจ เป็นการให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยการฝึกทักษะให้แก่หญิงตั้งครรภ์ในการเลือกวิธีการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่น การลดการรับประทานอาหารจำพวกแป้ง อาหารที่มีรสหวาน และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น หากหญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เหมาะสม บุคลากรทีมสุขภาพกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อไป หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง เช่น มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นเกิดขึ้น เช่น ทารกในครรภ์ด้นน้อยกว่า 10 ครั้ง/วัน บุคลากรทีมสุขภาพมีหน้าที่ในการกระตุ้นเตือน เน้นย้ำถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง โดยบุคลากรทีมสุขภาพแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์นำข้อมูลจากการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ และประเมินผลข้อมูล มาเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการลงมือปฏิบัติที่เหมาะสม

5. การลงมือปฏิบัติ เป็นการที่หญิงตั้งครรภ์ลงมือปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการนำความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และหญิงตั้งครรภ์สามารถทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองได้จากคู่มือการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เบาหวานที่แจกให้แก่หญิงตั้งครรภ์ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และหญิงตั้งครรภ์บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในแต่ละวันลงในตารางการบันทึกข้อมูลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทุกวันอย่างต่อเนื่อง เมื่อครบ 2 สัปดาห์ บุคลากรทีมสุขภาพมี

การติดตามข้อมูลการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ผ่านทางโทรศัพท์ ทางแอปพลิเคชันไลน์ หรือเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพกับหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันวิเคราะห์และประเมินวิธีการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์

6. การสะท้อนตนเอง เป็นการประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเบาหวานทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ และการปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งสามารถสะท้อนถึงวิธีการปฏิบัติจริงของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้สามารถประเมินได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการฝึกทักษะใดเพิ่มเติม หรือมีข้อจำกัดใดบ้างที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ และปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม บุคลากรทีมสุขภาพให้หญิงตั้งครรภ์ได้สะท้อนตนเองเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้ประสบความสำเร็จ เพื่อให้สามารถลงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ ความมุ่งมั่นและความตั้งใจของหญิงตั้งครรภ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์

ซึ่งต้องอาศัยการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพและครอบครัว ในการเป็นผู้สร้างแรงจูงใจและกระตุ้นเตือนหญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการในการจัดการตนเองทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้เห็นความสำคัญว่าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการโรคที่ตนเองเป็นอยู่ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีความพยายามในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อันจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งของหญิงตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎี สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2562). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 1–13.
- กาญจนา ศรีสวัสดิ์, และอรพินท์ สีขาว. (2557). การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 50–59.
- เกษม ด่านอก, และสมจิต แดนสีแก้ว. (2560). การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 91–99.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 117–127.

- ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, รมภพ อัมทัต, ภัทรพร จุจันทร์, และวันวิสา วัฒนกุล. (2560). ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยในเขตพื้นที่สูง: กรณีศึกษา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 10(1), 66–80.
- บังอร สุภวิทิตพัฒนา, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (บ.ก.). (2562). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน*. เชียงใหม่: สมาร์ท โค้ดดิ้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- พรธรรมรส โพธิ, จรัสศรี ชีระกุลชัย, จันทิมา ขนบดี, และพัญญ พันธ์บุรณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วัน. *วารสารการพยาบาล*, 18(2), 12–24.
- วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ. และโสพิญ ชูนวน. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(1), 39–50.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: รมเย็น มีเดีย. สืบค้นจาก <https://www.dmthai.org/attachments/article/443/guideline-diabetes-care-2017.pdf>
- สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ. (2559). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).
- อัมพา สุทธิจำรูญ, เพชร รอดอริย์, สุภาวดี ลิขิตมาสกุล, เจ้านางเขมรสมิ์ ขุนศึกเม็งราย, วีระศักดิ์ ศรีนภากร, ทิพาพร ธาระวานิช, ... วันทนีย์ เกรียงสินยศ. (บ.ก.). (2563). *แนวทางการพัฒนาเพื่อมาตรฐานคลินิกเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์. สืบค้นจาก https://www.dmthai.org/attachments/article/1042/20200922_proof-10.pdf
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.). *Handbook of self-regulation* (pp. 601–629). San Diego, CA: Academic Press.
- Padayachee, C., & Coombes, J. S. (2015). Exercise guidelines for gestational diabetes mellitus. *World Journal of Diabetes*, 6(8), 1033–1044. doi:10.4239/wjd.v6.i8.1033
- Pais, S., Parry, D., Petrova, K., & Rowan, J. (2017). Acceptance of using an ecosystem of mobile apps for use in diabetes clinic for self-management of gestational diabetes mellitus. *Studies in Health Technology and Informatics*, 245, 188–192. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29295079/>

การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์: บทบาทพยาบาลที่ไม่ควรมองข้าม

Nursing Care in Older Adults with Rheumatoid Arthritis: Nurses' Roles That Should Not Be Overlooked

ลลิตา ปักเขมาয়ง, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)¹

Lalida Pukkamayung, M.N.S. (Gerontological Nursing)¹

Received: January 25, 2021 Revised: March 23, 2021 Accepted: April 20, 2021

บทคัดย่อ

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นหนึ่งในโรคข้ออักเสบที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งอาการของโรคไม่สามารถระบุได้ชัดเจนเนื่องจากมักมีอาการคล้ายคลึงกับโรคข้อชนิดอื่นๆ ทำให้การรักษาและการพยาบาลที่ได้รับไม่ตรงกับปัญหาจนกระทั่งเกิดความพิการของข้อ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ก่อให้เกิดอาการปวด ความเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เกิดความพิการ สูญเสียการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง โดยผลกระทบดังกล่าวจากโรคทำให้เกิดการหกล้ม ซึ่งความถี่ของการเกิดการหกล้มทำให้ต้องจำกัดกิจกรรมของตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้น บทบาทพยาบาลที่สำคัญที่ควรกระทำก่อนเกิดความพิการของข้อ ประกอบด้วย 1) การจัดการอาการปวด 2) การป้องกันการเกิดความพิการของข้อ 3) การลดความเหนื่อยล้า 4) การส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 5) การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งบทบาทดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีความมั่นใจในตนเอง ลดภาระต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ: การดูแล ผู้สูงอายุ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ บทบาทพยาบาล

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, E-mail: Lalidapa@hotmail.com

Abstract

Rheumatoid arthritis is one of the most common types of arthritis in older adults. The symptoms of the disease cannot be clearly identified because they are often similar to other types of arthritis. As a result, older adults with rheumatoid arthritis received treatment and nursing care that may not fit their problems resulting in dysfunctional joints. Rheumatoid arthritis causes pain, fatigue, insomnia, disability, poor balance, and decreased activities of daily living. These effects lead to falling. In addition, fear of falls leads to limitation of activities resulting in reduction of quality of life. Therefore, the important nurses' roles that should perform before dysfunction of joints includes 1) managing pain, 2) preventing dysfunction of joints 3) reducing the fatigue 4) enhancing activities of daily living, and 5) promoting self-esteem. These nurses' roles can promote older adults with rheumatoid arthritis in increasing self-confidence, reducing the burden of family, community, and society as well as reduction of the medical expenses.

Keywords: Nursing care, Older adults, Rheumatoid arthritis, Nurses' roles

บทนำ

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งพบมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ประกอบกับการวินิจฉัยโรคอาจทำได้ค่อนข้างล่าช้า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา ทำให้อาการและอาการแสดงของโรคในผู้สูงอายุไม่ชัดเจน จึงมีโอกาสดำเนินการวินิจฉัยล่าช้าหรือผิดพลาดได้ (สมบุญ อินทลาภพร, 2554) กว่าที่จะได้รับการวินิจฉัยที่ชัดเจนอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2561 และ 2562 มีผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 175,441 คน และ 189,919 คน ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 135,241 คน และ 147,144 คน ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และการเจ็บป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันตนเองของผู้สูงอายุทำงานลดลง ทำให้เกิดการอักเสบของข้อ ซึ่งเกิดขึ้นกับหลายข้อพร้อมๆ กันทั่วร่างกาย ทำให้มีอาการปวด ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของข้อเป็นไปด้วยความยากลำบาก เมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะทำให้ข้อติดแข็ง ข้อผิดรูป และก่อให้เกิดความพิการตามมา (Brenton-Rule, Dalbeth, Menz, Bassett, & Rome, 2016) ผลจากความพิการที่เกิดขึ้นทำให้มีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ผลกระทบด้านร่างกายที่พบได้บ่อย เช่น ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ความสามารถในการทรงตัวบกพร่อง และทำให้เกิดการหกล้ม

(ลลิตา ปักเพมายัง, นัยนา พิพัฒน์วนิชชา, และพรชัย จุลเมตต์, 2561) จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเองลดลง ส่งผลให้การทำกิจกรรมต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพ หรือไม่สามารถทำกิจกรรมได้ และอาจต้องหยุดการทำกิจกรรมเมื่อมีความพิการรุนแรงและขาดความมั่นใจในตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพานุตรหลานหรือต้องมีบุคคลที่คอยดูแลช่วยเหลือ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมองว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว นุตรหลานต้องหยุดงานมาดูแล เมื่อเวลาผ่านไป หากไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้ความมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า และรู้สึกหมดหวังในชีวิต (Ryan, 2014) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมตามมา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับอุบัติการณ์ อาการและการวินิจฉัยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุ การรักษาแนวทางใหม่ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยเน้นบทบาทพยาบาลที่ไม่ควรมองข้ามได้แก่ บทบาทในการจัดการอาการปวด การป้องกันการเกิดความพิการของข้อ การลดความเหนื่อยล้า การส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งล้วนเป็นบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

อุบัติการณ์โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุ

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคข้ออักเสบเรื้อรัง ส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบของข้อ ซึ่งนำไปสู่ความเสียหายของกระดูกอ่อนและการทำลายโครงสร้างของข้อ จากการศึกษาอุบัติการณ์โรค

ข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกา พบประมาณร้อยละ 2 และพบร้อยละ 10-30 ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ทั้งหมด (วิลโล คูปต์นิตริคัล, 2560) ส่วนข้อมูลในประเทศออสเตรเลีย จากการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ร้อยละ 1.90 ของประชากรทั้งหมด โดยพบมากในผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่เริ่มมีอาการของโรคในช่วงอายุ 35-64 ปี ทั้งนี้พบในเพศหญิง ร้อยละ 2.30 และเพศชาย ร้อยละ 1.50 (Australian Institute of Health and Welfare, 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศแคนาดา ที่พบผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ร้อยละ 1.20 โดยพบในเพศหญิง ร้อยละ 1.70 และเพศชาย ร้อยละ 0.80 (Public Health Agency of Canada, 2020) สำหรับข้อมูลในประเทศทางเอเชียรวมถึงประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ประมาณร้อยละ 0.30 (สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2561) โดยข้อมูลในประเทศไทยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 60-69 ปี อายุสูงสุด คือ 85 ปี อายุเฉลี่ย 67 ปี และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ลลิตา ปักเพมายัง และคณะ, 2561) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย และอัตราการเกิดโรคไม่สูง แต่เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วจะก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม หรืออาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินของโรคและความรุนแรงของโรค จึงทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุลดลง และมีภาวะพึ่งพาในทุกๆ ด้านมากขึ้น

อาการและอาการแสดงของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุ

อาการของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการที่ไม่ชัดเจน แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะดังนี้ (Kobak & Bes, 2018)

1. อาการทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับข้อ พบร้อยละ 70 (Kobak & Bes, 2018) อาการส่วนใหญ่ทำให้ไม่สุขสบาย ครั่นเนื้อครั่นตัว เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง มีไข้ต่ำๆ มีภาวะซีดเรื้อรัง รู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย และก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้าถึงร้อยละ 85 (Novaes, Perez, Beraldo, Pinto, & Gianini, 2011) ซึ่งอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น พบตอนเช้า ตอนบ่าย และตอนเย็น ร้อยละ 57.50, 6.25 และ 1.25 ตามลำดับ (Garip, Eser, Aktekin, & Bodur, 2011) อาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวทำให้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องลดหรืองดการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

2. อาการปวดตึงกล้ามเนื้อเฉียบพลัน พบร้อยละ 25 อาการปวดจะเกิดบริเวณข้อไหล่ทั้งสองข้าง กล้ามเนื้อสะโพก กล้ามเนื้อหลัง และกล้ามเนื้อบริเวณคอ ร่วมกับข้อเล็กๆ อีกเสบหลายข้อแบบไม่สมมาตรกัน เช่น ข้อนิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก ข้อเท้า ข้อนิ้วเท้า อาการปวดตึงกล้ามเนื้อจะทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเป็นไปด้วยความยากลำบาก การเหยียดของข้อทำได้ไม่เต็มที่ การหยิบจับสิ่งของลำบาก การเดินและการทรงตัวไม่ดี หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจะทำให้ข้อติดแข็ง ข้อผิดรูป และก่อให้เกิดความพิการตามมา

3. ข้ออักเสบแบบเฉียบพลัน เกิดจากเยื่อข้อและเยื่อหุ้มเอ็นอักเสบ มักเกิดขึ้นกับหลายๆ ข้อแบบสมมาตรกัน พบบริเวณแขนขาส่วนปลาย มีอาการบวมกดบ่มบริเวณหลังมือและหลังเท้า ซึ่งอาการจะทุเลาเองภายใน 3-18 เดือน ทำให้ผู้สูงอายุ

ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

จะเห็นได้ว่า อาการและอาการแสดงของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุไม่เฉพาะเจาะจง จึงควรได้รับการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคข้อชนิดอื่นๆ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การตรวจ rheumatoid factor การตรวจการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง การตรวจทางรังสีเพื่อดูการสึกกร่อนของข้อ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

ภาวะแทรกซ้อนของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุ

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนี้ (Driver, 2017; Lichtenstein, 2017)

1. ภาวะโลหิตจาง เป็นผลจากการอักเสบเรื้อรังที่ทำให้ความสามารถในการสร้างเม็ดเลือดแดงของไขกระดูกลดลง ทำให้มีภาวะโลหิตจาง และมีอาการเหนื่อยล้า

2. ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับตา มีอาการตาแห้ง และกระจกตาอักเสบ โดยอาการตาแห้งไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการอักเสบ ส่วนใหญ่จะมีอาการเคืองตา ตาแดง หรืออาจเกิดต้อกระจกที่เยื่อตาขาว อาการทางต้ามักสัมพันธ์กับข้ออักเสบ หลอดเลือดอักเสบ และระยะเวลาของการเป็นโรค

3. ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการทำลายโครงสร้างของกระดูกและข้อ ทำให้กระดูกอ่อนและข้อเกิดความเสียหาย อาการปวดข้อจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อลดลง เมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานทำให้ข้อติดแข็งอย่างถาวร และนำไปสู่การเกิดความพิการในอนาคต

4. ภาวะกระดูกพรุน โดยเฉพาะในระยะท้าย

ของโรค เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดระยะยาว การรักษา และการขาดการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายสูญเสียมวลกระดูก จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนเพิ่มมากขึ้น

5. ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบหายใจ พบเยื่อหุ้มปอดอักเสบ และปอดอักเสบติดเชื้อ หรือมีก้อนในปอด อาจเป็นก้อนเดี่ยวหรือหลายก้อน เยื่อหุ้มปอดเป็นพังผืด ทำให้ปอดแข็งหรือเกิดแผลเป็น ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ จนถึงมีภาวะการหายใจล้มเหลว

6. ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบหัวใจ และหลอดเลือด พบความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ทำให้การบีบตัวของหัวใจลดลง อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

7. ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบประสาท เกิดจากเยื่อหุ้มไขสันหลังอักเสบมีการบวมและไปกดทับเส้นประสาทที่ทอดผ่านข้อนั้นๆ มักพบในรายที่มีข้ออักเสบอย่างรุนแรง เกิดการเคลื่อนของข้อกระดูกสันหลัง หรือเยื่อไขสันหลังหนาตัวจนกดทับไขสันหลัง โดยเฉพาะกระดูกสันหลังส่วนคอ ชั้นที่ 1 และชั้นที่ 2 ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดต้นคอ เวลาลำบาก อาจพบร่วมกับอาการชาและแขนขาอ่อนแรง

8. ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ความผิดปกติของกระเพาะอาหารและลำไส้ พบได้น้อยมาก มีอาการปากแห้งที่เกิดจากการอักเสบของต่อมน้ำลาย กระเพาะอาหารอักเสบหรือเป็นแผล ส่วนใหญ่เกิดจากผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

9. ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับไต พบได้น้อยมาก

ในรายที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มานานอาจพบภาวะที่เกิดจากการมีสารโปรตีนผิดปกติ (amyloidosis) โดยตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ

จะเห็นได้ว่า ภาวะแทรกซ้อนของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ทำให้เกิดผลกระทบต่อหลายระบบของร่างกาย เช่น ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบด้านต่างๆ ตามมา

ผลกระทบของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุ

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย พบว่ามีอาการปวด ร้อยละ 92.80 มีความพิการของเท้า ร้อยละ 98.97 ทำให้ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เกิดการหกล้มในช่วงเวลา 1 ปี ร้อยละ 44.30 หกล้ม 1 ครั้ง 2 ครั้ง และ 3 ครั้ง ร้อยละ 34.80, 32.60 และ 32.60 ตามลำดับ (ลลิตา ปักเพมายัง และคณะ, 2561) ซึ่งการหกล้มที่เกิดขึ้นจะทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ระดับเล็กน้อย เช่น แผลถลอก มีเลือดออก เกิดรอยขีดข่วนที่ผิวหนัง หรือก่อให้เกิดความไม่สบาย และหากได้รับบาดเจ็บระดับรุนแรง เช่น กระดูกสันหลังหัก กระดูกสะโพกหัก กระดูกแขนขาหัก จะต้องเข้ารับการรักษานานในโรงพยาบาล และต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานขึ้น

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดจากมีอาการปวดเจ็บพลัน ความเหนื่อยล้า ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี และมีความพิการเกิดขึ้น ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ผู้สูงอายุจึงขาดความมั่นใจในตนเอง และกลัวการหกล้มเมื่อต้องทำกิจกรรมต่างๆ (ลลิตา ปักเพมายัง และคณะ, 2561) ซึ่งความพิการที่เกิดขึ้น นอกจากจะทำให้

ขาดความมั่นใจในตนเองแล้ว ยังทำให้มีความวิตกกังวลจากการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง และรู้สึกหมดหวังในชีวิต

3. ด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากอาการปวด ความเหนื่อยล้า การรับประทานอาหารได้น้อย มีภาวะซึมเศร้า และการเคลื่อนไหวของข้อที่ยากลำบาก ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง บางคนเกิดอุบัติเหตุ จึงจำเป็นต้องมีบุคคลอื่นคอยดูแลช่วยเหลือ บุตรหลานอาจต้องหยุดงานหรือลาออกจากงาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ไม่ตรงกับโรคจะทำให้ได้รับการรักษาที่ล่าช้า

และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากขึ้น

การวินิจฉัยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุ

การวินิจฉัยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ควรวินิจฉัยแยกจากโรคอื่นที่อาจมีลักษณะทางคลินิก คล้ายคลึงกับโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เช่น โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม ข้ออักเสบที่เกิดจากมะเร็ง หรือข้ออักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อ ทั้งนี้ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ของสมาคมโรคข้อแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา และยุโรป ปี ค.ศ. 2010 ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เมื่อตรวจพบข้ออักเสบอย่างน้อย 1 ข้อ อาการข้ออักเสบนั้นต้องไม่เกิดจากโรคหรือภาวะอื่น และมีคะแนนตามเกณฑ์เหล่านี้รวมเท่ากับหรือมากกว่า 6/10 (Aletaha et al., 2010; Taylor, 2020) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

เกณฑ์การวินิจฉัย	คะแนน
1. จำนวนและขนาดของข้ออักเสบ (0–5 คะแนน)	
1.1 ข้อขนาดใหญ่ 1 ข้อ	0
1.2 ข้อขนาดใหญ่ 2–10 ข้อ	1
1.3 ข้อขนาดเล็ก 1–3 ข้อ	2
1.4 ข้อขนาดเล็ก 4–10 ข้อ	3
1.5 มากกว่า 10 ข้อ โดยมีข้อขนาดเล็กอย่างน้อย 1 ข้อ	5
2. การตรวจทางซีโรโลยี (0–3 คะแนน)	
2.1 ทั้ง RF และ ACPA ให้ผลลบ	0
2.2 RF หรือ ACPA ให้ผลบวกที่ไตเตอร์ต่ำ	2
2.3 RF หรือ ACPA ให้ผลบวกที่ไตเตอร์สูง	3

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (ต่อ)

เกณฑ์การวินิจฉัย	คะแนน
3. ระยะเวลาที่มีข้ออักเสบ (0–1 คะแนน)	
3.1 น้อยกว่า 6 สัปดาห์	0
3.2 มากกว่าหรือเท่ากับ 6 สัปดาห์	1
4. ค่าการอักเสบ (acute phase reactants)	
4.1 ทั้ง CRP และ ESR ปกติ	0
4.2 ค่า CRP หรือ ESR ผิดปกติ	1

RF = rheumatoid factor, ACPA = anti-citrullinated peptide antibody, CRP = C-reactive protein, ESR = erythrocyte sedimentation rate

การรักษาแนวใหม่ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

เป้าหมายหลักของการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุ คือ เพื่อให้อาการของโรคสงบ ลดการอักเสบ บรรเทาอาการปวด ชะลอการทำลายโครงสร้างของข้อ ป้องกันการเกิดภาวะพิการของข้อ และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ ซึ่งการรักษาแนวใหม่ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มี 3 วิธี ดังนี้ (Adam, Berlinberg, Jaren, Trost, & Bilal, 2017)

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา ประกอบด้วยการทำกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด และการใช้อุปกรณ์ช่วย โดยการฝึกยืดกล้ามเนื้อและช่วงการเคลื่อนไหวอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันการหดรัด และกล้ามเนื้อลีบ รวมถึงการออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการสูญเสียมวลกระดูก การพักผ่อนให้เพียงพอ และการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ในระยะที่โรคถูกควบคุมและรุนแรงควรหยุดใช้ข้อ และใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงข้อตามความเหมาะสม ในกรณีที่มี

น้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ควรควบคุมอาหาร และน้ำหนักตัว ซึ่งการลดน้ำหนักจะช่วยลดภาระของข้อในการรองรับน้ำหนักของร่างกาย นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรสังเกตสภาพอากาศที่มีผลต่อการกำเริบของโรค หรือสภาพอากาศที่ทำให้โรคสงบลง เพื่อปรับการใช้ชีวิตให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. การรักษาโดยใช้ยา เพื่อลดการอักเสบ บรรเทาอาการปวด รวมถึงการใช้ยาอย่างปลอดภัย และเกิดผลข้างเคียงจากยาน้อยที่สุด ตามเภสัชจลนศาสตร์ของยาและเภสัชพลศาสตร์ในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ในผู้สูงอายุยังมีโรคอื่นร่วมด้วย การใช้ยาจำนวนมากจะต้องใช้ด้วยความระมัดระวังมากยิ่งขึ้น ซึ่งการใช้ยารักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุมีดังนี้

2.1 การใช้ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (nonsteroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDs]) เช่น ibuprofen, ketoprofen, naproxen เพื่อลดการอักเสบและอาการปวดของข้อ โดยไม่ควรใช้ยากลุ่มนี้ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไต โรคหัวใจ และโรคแผลในกระเพาะอาหาร ซึ่งผลข้างเคียง

จากยาที่สำคัญที่สุด คือ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ แผลในกระเพาะอาหาร ปัจจุบันมียาต้านการอักเสบกลุ่มเอนไซม์ไซโคลออกซิเจเนส II (enzyme cyclooxygenase II หรือ COX II) ที่ไม่มีผลข้างเคียงต่อกระเพาะอาหาร ซึ่งเป็นยากกลุ่มใหม่ที่มีราคาก่อนข้างแพง เช่น เซเลโคซิบ (celecoxib) จึงควรเลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร

2.2 การใช้ยาสเตียรอยด์ (corticosteroids) มีทั้งชนิดรับประทาน ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าข้อ เช่น prednisone, methylprednisolone จะใช้เมื่อมีอาการข้ออักเสบอย่างรุนแรง แต่ไม่ควรใช้ยาในขนาดสูง หรือใช้ยาดูติดต่อกันเป็นเวลานาน เพราะมีผลข้างเคียงมาก เช่น ทำให้กระดูกพรุน ประสิทธิภาพ ไตวายเฉียบพลัน ทำให้มีอาการบวม และเสียชีวิตและอวัยวะใกล้เคียง ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เมื่อหยุดยาจะทำให้อาการของโรคกำเริบ และหากใช้ยาไปนานๆ จะทำให้สุขภาพแย่ลง

2.3 การใช้ยาปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค (disease-modifying antirheumatic drugs [DMARDs]) โดยมีเป้าหมายในการป้องกันการลุกลามของโรค การทำลายข้อ และเพิ่มความสามารถในการทำงานของข้อ เช่น คลอโรควิน (chloroquine) เมโทเทรกเซต (methotrexate) เกลือทอง (gold salt) ซัลฟาซาลาซีน (sulfasalazine) และยากดภูมิคุ้มกัน ยากลุ่มนี้ไม่มีฤทธิ์ลดอาการปวด แต่จะช่วยชะลอการลุกลามของโรคได้ แต่ยาออกฤทธิ์ช้า คือ ใช้เวลา 1-2 เดือน จึงจะเห็นผล ซึ่งผลข้างเคียงจากการใช้ยาก่อนข้างรุนแรง โดยผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีการตอบสนองต่อยาที่แตกต่างกัน ดังนั้น การใช้ยาควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างเคร่งครัด รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่ซื้อยามารับประทานเองหรือหยุดรับประทานยาเอง

3. การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ ถือเป็น การรักษาที่ปลายเหตุ ซึ่งจะทำในผู้ป่วยที่มีการทำลายของข้ออย่างมาก เช่น การผ่าตัดเลาะเยื่อหุ้มข้อที่มีการอักเสบออก (synovectomy) การผ่าตัดเชื่อมข้อติดกัน (arthrodesis) การเย็บซ่อมหรือย้ายเส้นเอ็น การผ่าตัดปรับแนวกระดูกให้ตรงขึ้น (osteotomy) การผ่าตัดใส่ข้อเทียมทดแทน (replacement)

จะเห็นได้ว่า การรักษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดงของโรค เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาที่ตรงกับปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ทำให้อาการของโรคสงบลง และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์: บทบาทพยาบาลที่ไม่ควรมองข้าม

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีหลายประการ ซึ่งควรได้รับการแก้ไขโดยวิธีการลดการอักเสบ การบรรเทาอาการปวด การส่งเสริมการเคลื่อนไหวของข้อ การป้องกันข้อติดแข็ง การลดข้อผิดรูปที่อาจนำไปสู่ความพิการ การลดความเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และลดการพึ่งพาบุคคลอื่น (วิไล คุปต์นิรัตน์ชัยกุล, 2560; Chu, 2017) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการปวดข้อที่อักเสบ

ในระบะที่มีการอักเสบเฉียบพลัน พยาบาลควรประเมินอาการปวดโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวด Short-form McGill Pain Questionnaire ฉบับภาษาไทย ที่แปลโดยวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, จักรกริช กล้าผจญ, และอภิชนา ไขวีนทะ (2547)

ที่บอกถึงลักษณะของอาการที่รู้สึกและระดับของอาการปวด ใช้ความเย็นประคบข้อที่มีอาการบวมแดง เพื่อลดปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปยังบริเวณข้อ และใช้หมอนรองใต้ข้อให้สูงขึ้นเพื่อช่วยลดแรงกด ซึ่งจะช่วยลดอาการบวมและอาการปวดข้อ รวมถึงบริหารยาต้านการอักเสบ ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตผลข้างเคียงจากยา โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงเวลาและต่อเนื่อง เพื่อให้อาการของโรคสงบโดยเร็วหรือมีการอักเสบของข้อในระดับต่ำ ป้องกันการทำลายข้อ หากผู้ป่วยมีอาการปวดข้ออย่างรุนแรงให้พักการใช้ข้อ หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวข้อแบบกระตุก หรือใช้เครื่องพยุงเสริมช่วย เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวจนกว่าอาการอักเสบและอาการปวดข้อจะทุเลา จากนั้นใช้ความร้อนประคบ เพื่อส่งเสริมให้การไหลเวียนเลือดบริเวณข้อดีขึ้น ช่วยลดอาการปวด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว เพิ่มความยืดหยุ่นของเอ็น และสามารถเคลื่อนไหวข้อได้ง่ายขึ้น ในรายที่มีการอักเสบบริเวณข้อเข่า ข้อเท้า และข้อนิ้วเท้า ควรแนะนำการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินหรือการใช้ไม้ค้ำยันเสริม จะช่วยลดแรงกระทำต่อข้อ ทำให้มีความมั่นใจในการทรงตัว และการเดินมากขึ้น

2. บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดความพิการของข้อ

การป้องกันการเกิดความพิการของข้อถือเป็นสิ่งสำคัญ โดยพยาบาลควรประเมินการอักเสบและอาการปวดข้ออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถควบคุมอาการของโรคได้ แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และระมัดระวังการออกกำลังกายที่เป็นอันตราย ในช่วงแรกควรมีการเคลื่อนไหวข้ออย่างช้าๆ โดยการเหยียดและเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric exercise) การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ควรทำวันละ 1-2 ครั้ง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันการติดแข็งของข้อ หาก

อาการปวดทุเลา เริ่มให้เคลื่อนไหวข้อตามพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (range of motion exercise) เน้นการบริหารกล้ามเนื้อข้อทางด้านนอก โดยพยายามเอียงนิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง และนิ้วก้อยมาทางนิ้วหัวแม่มือ ส่วนการบริหารเพื่อเพิ่มพิสัยของข้อมือทำได้โดยพนมมือสองข้างให้ฝ่ามือตั้งฉากกับแขนท่อนล่าง และพยายามดันฝ่ามือเข้าหากัน จะช่วยเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อข้อและแขน การบริหารข้ออย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ข้อมีความยืดหยุ่น และกล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ควรดการออกกำลังกายอย่างหักโหม การยกของหนัก และกิจกรรมที่ต้องใช้ข้ออย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เพราะจะทำให้ข้ออักเสบมากขึ้นและข้อเสียหายได้ ซึ่งการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม และเพียงพอ จะทำให้กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งลดลง ช่วยลดการเกิดข้อติดแข็ง และความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการได้

3. บทบาทพยาบาลในการลดความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการดำเนินของโรค ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น อาการปวด การนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า ความพิการ ผลข้างเคียงจากยาที่รักษา และการมีโรคประจำตัว ทำให้มีความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้งานข้อใดข้อหนึ่งเป็นเวลานาน มีการพักข้อเมื่อมีอาการปวดหรือข้ออักเสบ ลดการใช้ข้อในการรับน้ำหนัก หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดอันตราย เลือกใช้งานข้อที่ใหญ่และแข็งแรง รวมถึงการใช้ข้อในท่าที่มั่นคง เช่น การย่อเข่าแทนการก้มหลังเมื่อจะยกของขึ้นจากพื้น แนะนำให้รับประทานอาหารประเภทโปรตีน อาหารที่มีธาตุเหล็กและวิตามินดี พักผ่อนให้เพียงพอ ผ่อนคลายความเครียดทางอารมณ์ และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม รวมทั้งแนะนำให้หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการใช้

สารเสพติดต่าง ๆ เพราะจะทำให้อาการของโรคที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ในกรณีที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน จะต้องลดและควบคุมน้ำหนักตัวเนื่องจากความอ้วนจะเพิ่มแรงกดต่อข้อมากขึ้น และทำให้เกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น

4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

พยาบาลควรประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และส่งเสริมความมั่นใจในการเลือกใช้ส่วนต่างๆ ของร่างกายในการช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี เช่น การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร นอกจากนี้ ควรแนะนำเรื่องการจัดห้องน้ำให้มีความเหมาะสมและปลอดภัย เช่น มีราวจับเพื่อช่วยในการเคลื่อนไหว มีเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ มีโถส้วมเป็นแบบชักโครก พื้นห้องน้ำต้องไม่ลื่นเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการหกล้ม โดยให้เวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ จะทำให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และลดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น รวมทั้งช่วยประสานงานกับนักกิจกรรมบำบัดในการจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยให้ออกเคลื่อนไหวได้ง่าย ช่วยลดแรงกระแทก เช่น วอล์กเกอร์ (walker) และมีการฝึกใช้อุปกรณ์จนเกิดความชำนาญ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บบริเวณผิวหนังจากการใช้อุปกรณ์ที่ไม่ถูกต้อง และทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

5. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งสำคัญ โดยพยาบาลควรมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยยอมรับ

และเห็นคุณค่าของตนเองในทางบวก หากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองมากที่สุดและหลีกเลี่ยงการพึ่งพาบุคคลอื่น จะช่วยให้มีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า โดยพยาบาลควรประเมินการรับรู้ตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น จากการสื่อสารด้วยวาจาและท่าทางที่แสดงออก สังเกตพฤติกรรมที่ปฏิเสธหรือวิตกกังวล ซึ่งอาจแสดงออกในลักษณะเฉยเมย เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่สนใจตนเอง มีการพูดคุยให้กำลังใจ และอธิบายให้เข้าใจถึงความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองอย่างเป็นอิสระ มีการเสริมสร้างพฤติกรรมและการเสริมแรงทางบวกสำหรับความสำเร็จที่ทำได้ จะทำให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจ จะทำให้เห็นความสำคัญของตนเอง และยอมรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง นอกจากนี้ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน จะทำให้ความวิตกกังวลลดลง ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเอง และเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

สรุป

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นหนึ่งในโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ผลกระทบด้านร่างกายทำให้การทรงตัวไม่ดี สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลจากการสูญเสียภาพลักษณ์ และมีภาวะซึมเศร้า ทำให้ต้องมีบุตรหลาน

หรือบุคคลอื่นคอยดูแลช่วยเหลือ ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา ดังนั้น บทบาทพยาบาลที่ไม่ควรมองข้าม เพื่อจัดการปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดการอาการปวด การป้องกันการเกิดความพิการของข้อ การลดความเหนื่อยล้า การส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งถือเป็นบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ลดการพึ่งพาบุคคลอื่น คงความมีคุณค่าในตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: ผู้แต่ง. สืบค้นจาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill_2562_full_20200921.pdf
- ลลิตา ปักหมายัง, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, และพรชัย จุลเมตต์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. ใน *เอกสารงานประชุมวิชาการ “แพทย์บูรพา” ครั้งที่ 5 (Proceeding) การแพทย์ก้าวไกลใน EEC*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, จักรกริช กล้าผจญ, และอภิชนา ไชวินทะ. (2547). แบบประเมินความเจ็บปวด Shot-form McGill Pain Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ*, 14(3), 83–93.
- วิไล คุปต์นิตติชัยกุล. (2560). โรคข้อในผู้สูงอายุที่พบบ่อยในระดับปฐมภูมิ. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บ.ก.), *พญาวินทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น* (น. 229–305). นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- สมบุญ อินทลาภาพร. (2554). โรคข้อและรูมาติซึมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บ.ก.), *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (น. 326–332). กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอช.
- สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. (2561). *ข้ออักเสบรูมาตอยด์*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content>
- Adam, J., Berlinberg, M. D., Jaren, R., Trost, M. D., & Bilal, J. (2017). *Rheumatoid arthritis: Issues for older adults*. Retrieved from <https://www.uofazcenteronaging.com/care-sheet/providers/rheumatoid-arthritis-issues-older-adults>
- Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham, C. O., ... Hawker, G. (2010). 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatism*, 62(9), 2569–2581. doi:10.1002/art.27584
- Australian Institute of Health and Welfare. (2020). *Rheumatoid arthritis*. Retrieved from <http://www.aihw.gov.au/reports/chronic-musculoskeletal-conditions/rheumatoid-arthritis/contents/what-is-rheumatoid-arthritis>

- Brenton-Rule, A., Dalbeth, N., Menz, H. B., Bassett, S., & Rome, K. (2016). Foot and ankle characteristics associated with falls in adults with established rheumatoid arthritis: A cross-sectional study. *Biomedical Musculoskeletal Disorders*, 17, 22. doi:10.1186/s12891-016-0888-z
- Chu, A. (2017). Caring for patients with rheumatoid arthritis in the community. *American Nurse Today*, 12(6), 10–15.
- Driver, C. B. (2017). *How does rheumatoid arthritis affect the entire body*. Retrieved from <http://www.emedicinehealth.com/script/main/hp.asp>
- Garip, Y., Eser, F., Aktekin, L. A., & Bodur, H. (2011). Fatigue in rheumatoid arthritis: Association with severity of pain, disease activity and functional status. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 36(4), 364–369.
- Kobak, S., & Bes, C. (2018). An autumn tale: Geriatric rheumatoid arthritis. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 10(1), 3–11. doi:10.1177/1759720X17740075
- Lichtenstein, K. (2017). *7 Potential complications of untreated rheumatoid arthritis*. Retrieved from http://www.onhealth.com/content/1/7_potential_complicaions_of_untreated_ra
- Novaes, G. S., Perez, M. O., Beraldo, M. B. B., Pinto, C. R. C., & Gianini, R. J. (2011). Correlation of fatigue with pain and disability in rheumatoid arthritis and osteoarthritis, respectively. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 51(5), 451–455.
- Public Health Agency of Canada. (2020). *Rheumatoid arthritis in Canada*. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/rheumatoid-arthritis.html>
- Ryan, S. (2014). Psychological effects of living with rheumatoid arthritis. *Nursing Standard*, 29(13), 52–59. doi:10.7748/ns.29.13.52.e9484
- Taylor, P. C. (2020). Update on the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis. *Clinical Medicine*, 20(6), 561–564. doi:10.7861/clinmed.2020-0727

การใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้ง ในการสอนทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล

The Argument Analysis Techniques in Clinical Teaching for Nursing Students

เพชรรัตน์ เจิมรอด, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา)¹

Petcharat Jermrod, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science)¹

เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, ปร.ด. (การบริหารการพยาบาล)²

Ploenta Pipatsombat, Ph.D. (Nursing Management)²

Received: January 5, 2021 Revised: May 2, 2021 Accepted: May 11, 2021

บทคัดย่อ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับช่วงชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย การปฏิบัติ การพยาบาลต้องบูรณาการทั้งศาสตร์และศิลป์เข้าด้วยกันอย่างเป็นองค์รวม พยาบาลต้องเรียนรู้ตลอดเวลา เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความรอบรู้และมีทักษะจำเป็นที่เหมาะสมกับยุคสมัย การพัฒนานักศึกษา พยาบาลเพื่อเสริมสร้างทักษะในศตวรรษที่ 21 อันเป็นทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม โดยเฉพาะ การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญยิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดความพร้อม ของนักศึกษาพยาบาล เข้าสู่โลกการทำงานที่มีความซับซ้อนและเผชิญกับความกดดันจากความคาดหวัง ที่สูงของสังคม การวิเคราะห์เชิงโต้แย้งเป็นเทคนิคหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำให้รู้ และเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ลึกซึ้งแตกฉานขึ้น เกิดองค์ความรู้ใหม่ เพราะในกระบวนการวิเคราะห์เชิงโต้แย้ง จะต้องมีการสืบค้นข้อมูลหลักฐานต่างๆ มาโต้แย้งข้อกล่าวอ้างที่มีอยู่เดิม หรือมาสนับสนุนความคิด ของตนเองอย่างมีหลักการ ทำให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์ และตรวจสอบอย่างกว้างขวาง มีการเลือกและ ประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาอ้างอิง เชื่อมโยงองค์ความรู้กับข้อมูลหลักฐานนั้น

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Suan Dusit University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: petcharat_jer@dusit.ac.th

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

² Lecturer, Faculty of Nursing, Suan Dusit University

จนนำไปสู่ข้อสรุปที่ถูกต้องอันมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ ซึ่งเป้าหมายหนึ่งของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ คือ การผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อสำเร็จไปเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่มีคุณภาพ ดังนั้น การนำเทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งมาใช้ในการสอนทางคลินิก จึงเป็นหนทางหนึ่งที่จะทำให้นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้มีความคิดอย่างมีวิจารณญาณได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ

คำสำคัญ: การวิเคราะห์เชิงโต้แย้ง การคิดอย่างมีวิจารณญาณ นักศึกษาพยาบาล การสอนทางคลินิก

Abstract

The nursing profession is dealing with the life span of a human being from birth to death. In the practice of nursing, science and arts must be integrated in a holistic manner. Nurses have to learn all the time to develop the knowledge and necessary skills for the ages. The development of nursing students to enhance 21st-century skills; learning and innovation skills, especially critical thinking and problem-solving, are essential and vital to determine the readiness of nursing students to enter the complex world of work and face the pressures of society's high expectations. An argument analysis is a technique that helps develop critical thinking, to know and understand things, became more profound a new body of knowledge. Because of how the process of argument analysis, there must be a search for various pieces of evidence to dispute the previous claim, or to support their ideas with principles, causing widespread criticism and scrutiny. The reliability of the evidence is selected and evaluated until leading to the correct conclusions with evidence support. One of the nursing science program's goals is to produce nursing graduates with critical thinking to succeed in becoming a qualified practitioner. Therefore, applying argument analysis techniques to clinical teaching is one of how nursing students critically-minded and achieve their desired goals.

Keywords: Argument analysis, Critical thinking, Nursing students, Clinical teaching

บทนำ

องค์ความรู้ทางการพยาบาลเป็นองค์ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ พยาบาลใช้องค์ความรู้นี้โดยผ่านกระบวนการพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อการตัดสินใจทางคลินิก กำหนดเกณฑ์ผลลัพธ์ วางแผนการพยาบาล ลงมือปฏิบัติ และประเมินผล เป็นวงจรต่อเนื่อง (วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลธิ ทอวิเชียร, 2560) การวิเคราะห์เชิงโต้แย้ง (argument analysis) เป็นเทคนิคหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Handayani, Sinaga, & Feranie, 2018) เพราะเทคนิคนี้ก่อให้เกิดการสร้าง สนับสนุน คัดค้าน หรือปรับปรุงข้อกล่าวอ้าง เพื่อนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ที่ได้รับการยอมรับ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า ทดลอง ร่วมกับการให้เหตุผลเพื่อเชื่อมโยงข้อกล่าวอ้างและพยานหลักฐานเข้าด้วยกัน จนนำไปสู่การให้ข้อสรุปที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ (เอกภูมิ จันทรัตน์, 2559; Cullen, Fan, van der Brugge, & Elga, 2018; Noviyanti, Mukti, Yuliskurniawati, Mahanal, & Zubaidah, 2019) ซึ่งเป็นเป้าหมายของกระบวนการพยาบาล การวิเคราะห์เพื่อการโต้แย้งอย่างมีเหตุผลช่วยพัฒนากระบวนการคิด การตัดสินใจ และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (วนิดา ผาระนัต และประสาธต์ เนื่องเฉลิม, 2561) นำไปสู่การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ใหม่ในเรื่องที่มีเหตุผลและหลักฐานสนับสนุนที่น่าเชื่อถือ มากกว่าข้อกล่าวอ้างในมโนทัศน์เดิม การใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งในการเรียนการสอนจึงเป็นหนทางหนึ่งในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เป็นผู้มีสมรรถนะความคิดขั้นสูง เป็นบัณฑิตพยาบาลที่มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ดังเป้าหมายของหลักสูตรที่กำหนดไว้ องค์ประกอบของทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม ที่ต้องนำมาพัฒนาผู้เรียน

ให้เกิดผลสัมฤทธิ์มี 3 ประการ ได้แก่ 1) ความริเริ่มสร้างสรรค์และนวัตกรรม (creativity and innovation) 2) การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (critical thinking and problem solving) และ 3) การสื่อสารและการร่วมมือ (communication and collaboration) โดยเฉพาะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา นั่นเป็นกระบวนการคิดขั้นสูงที่จะต้องมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทุกระดับการศึกษา และมีความสำคัญมากสำหรับการศึกษาลัทธิศรัทธาพยาบาลศาสตร์ในการปฏิบัติอย่างเป็นวิชาชีพ เพื่อคุณภาพของบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย (วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลธิ ทอวิเชียร, 2560) ที่ผ่านมามีการศึกษาระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (สมเกียรติ สุทธิรัตน์ และพัชณี สมกำลัง, 2556) โดยนักศึกษามีปัญหาในการแยกแยะข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา ทำให้การวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหา (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และสกุณตลา แซ่เตียว, 2561; วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลธิ ทอวิเชียร, 2560) จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเพื่อเพิ่มระดับสมรรถนะด้านนี้ให้สูงขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับองค์ประกอบของการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งเพื่อการเรียนรู้ และแนวทางการใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งในการสอนทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ผู้อ่านได้แนวทางในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาทางการพยาบาล มีทักษะจำเป็นที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานทางคลินิกให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ และผู้ป่วยมีความปลอดภัย

องค์ประกอบของการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งเพื่อการเรียนรู้

Lin and Mintzes (2010) ได้ศึกษาการใช้ทักษะการโต้แย้งในกระบวนการเรียนการสอนนักเรียนชั้นประถมศึกษาในประเทศไทยได้หวั่น โดยใช้เนื้อหาเกี่ยวกับประเด็นทางสังคม การศึกษาดังกล่าวได้กำหนดองค์ประกอบของการโต้แย้งไว้ 5 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน โดยในบทความนี้จะใช้คำว่า “การวิเคราะห์เชิงโต้แย้ง” แทนเนื่องจากการโต้แย้งเพื่อการเรียนรู้ เป็นกระบวนการของการวิเคราะห์เพื่อการโต้แย้งด้วยเหตุผลและหลักฐานเชิงประจักษ์ ไม่ใช่การโต้แย้งทั่วไป ซึ่งเอกภูมิ จันทพันธ์ (2559) ได้นำมาอธิบายไว้ดังนี้

1. ข้อกล่าวอ้าง (claim) เป็นการนำเสนอผลที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า ทดลอง หรือเป็นการนำเสนอความคิดเห็นของตนเองต่อประเด็นซึ่งกำลังเป็นที่พิจารณา

2. เหตุผลสนับสนุนข้อกล่าวอ้าง (warrant) เป็นการใช้เหตุผลในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า ทดลอง กับข้อกล่าวอ้าง เพื่อสนับสนุนให้ข้อกล่าวอ้างที่นำเสนอมีความน่าเชื่อถือ ซึ่งเหตุผลสนับสนุนข้อกล่าวอ้างนี้อาจได้รับการโต้แย้งหรือคัดค้านจากผู้อื่นก็ได้

3. หลักฐานสนับสนุนเหตุผล (evidence) เป็นการนำเสนอข้อเท็จจริงหรือข้อมูลประกอบการอธิบายเหตุผลที่ใช้สนับสนุนข้อกล่าวอ้าง เพื่อให้ข้อกล่าวอ้างนั้นเป็นที่ยอมรับ โดยหลักฐานนี้อาจได้มาจากการสังเกตปรากฏการณ์ต่าง ๆ โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 รวมถึงข้อเท็จจริงหรือข้อมูลที่ได้อ้างงานวิจัยหรือการทดลองที่มีผู้เก็บรวบรวม

ไว้แล้ว ทั้งนี้ หลักฐานสนับสนุนเหตุผลจะต้องมาจากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ หรือสามารถทำการทดลองซ้ำแล้วได้ผลเช่นเดียวกับผลที่นำเสนอ

4. ข้อกล่าวอ้างที่ต่างออกไป (counter claim) เป็นข้อโต้แย้งที่เกิดขึ้นจากการให้เหตุผลต่อข้อกล่าวอ้างที่มีผู้เสนอไว้ในตอนแรกซึ่งแตกต่างไปจากเดิม เป็นการให้เหตุผลจากมุมมองใหม่ที่ผู้นำเสนอข้อกล่าวอ้างไม่ได้กล่าวถึงหรือไม่ได้นำมาพิจารณาไว้ในการนำเสนอข้อกล่าวอ้างในตอนแรก

5. การโต้แย้งกลับ (rebuttal) เป็นการโต้แย้งเพื่อทำให้ข้อกล่าวอ้างที่ต่างออกไป (counter claim) มีความน่าเชื่อถือลดลงและตกไปในที่สุด

ในการโต้แย้งกลับนี้ หากไม่มีหลักฐานหรือข้อมูลสนับสนุนที่มีน้ำหนักน่าเชื่อถือเพียงพอ ข้อกล่าวอ้างที่นำเสนอแต่แรกก็จะไม่ได้รับการยอมรับ ต้องเริ่มต้นเสนอข้อกล่าวอ้างใหม่และเริ่มกระบวนการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งใหม่ มีรายงานการวิจัยยืนยันว่า ผู้เรียนที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งให้ดีขึ้นนั้น มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น มีระดับการคิดวิเคราะห์สูงขึ้น มีทักษะการคิดขั้นสูง รู้จักตั้งคำถามและลงมือค้นคว้าหาคำตอบที่น่าเชื่อถือมาอภิปรายโต้แย้งในหลายๆ มุมมอง รู้จักประเมินกลั่นกรองหลักฐานข้อมูลต่างๆ กระบวนการนี้ทำให้เกิดการเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมกับสิ่งที่ค้นพบ ความรู้ที่ได้ไม่ได้เกิดจากการคิดขึ้นเอง จึงทำให้เป็นความรู้ที่มีข้อสรุปเป็นที่ยอมรับ ผู้ที่มีทักษะการโต้แย้งที่ดีจะมีความเข้าใจ ยอมรับในความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวของผู้อื่น (พาอีหม๊ะ เจาะสา, 2561; เอกภูมิ จันทพันธ์, 2559)

แนวทางการใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งในการสอนทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล

รายวิชาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ โดยเฉพาะรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก ส่วนใหญ่มีเป้าหมายการเรียนรู้เพื่อพัฒนาให้นักศึกษาให้มีสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ขั้นสูงในการให้การพยาบาล จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับสภาพการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น พบว่า นักศึกษามีความรู้และทักษะปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้นไม่เพียงพอ โดยเฉพาะทักษะการตรวจร่างกาย การเขียนรายงานผู้ป่วย การแสวงหาคำตอบตามเหตุและผลด้วยตนเอง และการวินิจฉัยแยกโรค (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และสกุณตลา แซ่เตียว, 2561; มลฤดี แสนจันทร์, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, และสัมฤทธิ์ ขวัญโพน, 2557) เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาเน้นการบรรยายและการนำเสนอกรณีศึกษาในชั้นเรียน นักศึกษามีโอกาสแสดงความคิดเห็นน้อย ขาดความเป็นรูปธรรมและเห็นภาพของกระบวนการรักษาโรคเบื้องต้นไม่ดีพอ (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และวรินทร์ดา จันทวิเมือง, 2562) ทั้งนี้มีข้อมูลการศึกษาสนับสนุนว่า วิธีการสอนแบบบรรยายในชั้นเรียนจำกัดการพัฒนาความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา (Popil, 2011) และการให้เหตุผลทางการพยาบาล (Arrue, Unanue, & Merida, 2017) นักศึกษาพยาบาลที่เรียนรู้ด้วยวิธีนี้จึงไม่สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้กับข้อมูลผู้ป่วย เมื่อฝึกภาคปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น ผลจึงออกมาไม่ดี (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และวรินทร์ดา จันทวิเมือง, 2562) การใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งในการสอนทางคลินิกจะสามารถแก้ปัญหานี้ได้ เนื่องจากมีขั้นตอนกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดการค้นคว้าหาคำตอบด้วยตนเอง หากนักศึกษามีสมรรถนะการวิเคราะห์

เชิงโต้แย้งดีจะทำให้ทราบว่าตนเองขาดความรู้เรื่องใด มีความรอบคอบ และเชื่อมโยงองค์ความรู้กับข้อมูลหลักฐานได้อย่างครอบคลุม

วิธีการสอนทางคลินิกที่เหมาะสมกับการนำเทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งมาปรับใช้เพื่อพัฒนาสมรรถนะการคิดอย่างมีวิจารณญาณให้แก่ นักศึกษาพยาบาลนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในบริบทปัจจุบัน ต้องเป็นวิธีที่สนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง (active learning) การเรียนรู้เป็นกลุ่ม (group learning) มีส่วนร่วม (participated) เป็นทีม (teamwork) และมีการสื่อสารสองทาง (two-way communication) (Arrue et al., 2017; Najafi, Motaghi, Nasrabadi, & Heshi, 2016) ในบทความนี้จึงเลือกนำเสนอวิธีการสอน 4 วิธี ที่ตอบสนองต่อเกณฑ์ส่วนใหญ่ที่ยกมา และมีกระบวนการที่เอื้อต่อการนำเทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งมาปรับใช้ได้ครบทุกขั้นตอน พร้อมตารางการวิเคราะห์แต่ละวิธีที่สังเคราะห์มาจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับประสบการณ์การสอนรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติของผู้เขียน ความคิดเห็นจากการวิพากษ์การออกแบบการเรียนการสอนของอาจารย์ที่ร่วมสอน และผลการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลในการประเมินผลการเรียนการสอนรายวิชา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การศึกษารายกรณี (case study) เป็นวิธีการที่มุ่งให้นักศึกษาฝึกฝนการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา โดยศึกษากับผู้ป่วยจริง ได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และฝึกการเรียนรู้ผู้ป่วยแต่ละบุคคลอย่างเป็นองค์รวม การมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยและการพบผู้ป่วยที่มีความหลากหลายจะกระตุ้นความกระตือรือร้นของนักศึกษาในการสืบเสาะข้อมูล กระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์ เข้าใจกระบวนการที่ซับซ้อน และทำให้มองเห็นภาพเรื่องที่ศึกษาได้

อย่างชัดเจน (Popil, 2011) ส่งผลให้ช่วยต่อการเชื่อมโยงเข้าสู่บทเรียนและการสรุปบทเรียน การได้ฝึกคิดวิเคราะห์ด้วยตนเองและเรียนรู้ความคิดของผู้อื่นช่วยให้นักศึกษามีมุมมองที่กว้างขึ้น

มีความคงทนในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น (วันเพ็ญ สุลง, 2561; วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาก, 2562) ผลการวิเคราะห์การสอนทางคลินิกด้วยวิธีการศึกษารายกรณี แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การสอนทางคลินิกด้วยวิธีการศึกษารายกรณี

ประเด็นพิจารณา	ผลการวิเคราะห์
ข้อดี	- กระตุ้นให้นักศึกษากิจการคิดวิเคราะห์ เข้าใจกระบวนการที่ซับซ้อน และทำให้มองเห็นภาพเรื่องที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน (Popil, 2011) - สามารถหาข้อมูลเชิงลึกจากกรณีศึกษา (case) เพื่อนำมาวิเคราะห์ได้อย่างเป็นองค์รวม - การเรียนการสอนด้วยวิธีการศึกษารายกรณี ทำให้นักศึกษามีความคงทนในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น (วันเพ็ญ สุลง, 2561; วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาก, 2562)
ข้อจำกัด	ใช้เวลามาก (วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาก, 2562) ต้องศึกษาค้นคว้านอกเวลาก่อนนำมาเสนอในชั้นเรียน ทำให้ผู้สอนไม่สามารถติดตามการเรียนรู้และการทำงานกลุ่มของนักเรียนนอกเวลาเรียนได้ (วันเพ็ญ สุลง, 2561)
ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขข้อจำกัด	ผู้สอนจัดเตรียมแหล่งการเรียนรู้ที่หลากหลาย เชื่อถือได้ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น ฐานข้อมูลวิชาการ สื่อออนไลน์ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีหรือแอปพลิเคชันต่างๆ ในการให้ข้อเสนอแนะและติดตามการเรียนรู้ของนักเรียนนอกเวลาเรียน
บทบาทผู้สอน (อาจารย์หรือพยาบาล พี่เลี้ยงในคลินิก)	- จัดกรณีศึกษาให้มีระดับความซับซ้อนเหมาะสมกับสมรรถนะของนักศึกษาแต่ละคน และค่อย ๆ เพิ่มความซับซ้อนขึ้นตามประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา - กระตุ้นความคิดและความต้องการหาคำตอบของนักศึกษาโดยใช้คำถามปลายเปิด - ทบทวนคำตอบที่ถูกต้องของนักศึกษาเชื่อมโยงกับกรณีศึกษา เพิ่มเติมประเด็นที่ยังไม่สมบูรณ์ ชี้ประเด็นคำตอบที่ไม่ถูกต้อง และให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม
บทบาทผู้เรียน (นักศึกษา)	- ทบทวนความรู้ที่จำเป็นสำหรับการศึกษาทางคลินิก โดยฝึกเชื่อมโยงความรู้ที่เคยเรียนมาทั้งหมด จัดหมวดหมู่ความรู้ให้เป็นระบบ - ฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในคลินิกให้ชำนาญ เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตรวจร่างกายตามระบบ ทักษะการสังเกต และแยกแยะสิ่งผิดปกติจากสิ่งปกติ ทักษะการบันทึกข้อมูล ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล การแปลความหมาย และการสรุปประเด็นสำคัญ

2. การใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning [PBL]) เป็นวิธีการสอนที่ทำให้นักศึกษาเกิดทักษะในการคิด วิเคราะห์ แก้ปัญหา และคิดอย่างสร้างสรรค์ ช่วยลดโอกาสเกิดความเสียหายในการเรียนรู้ทักษะทางคลินิกของนักศึกษาเพราะไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง (Pan, Xi, Shen, & Zhang, 2018) การเรียนรู้เกิดจากตัวผู้เรียนเองที่ต้องมีส่วนร่วมในการเรียน ลงมือปฏิบัติในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองและทำงานร่วมกันเป็นทีมจากการศึกษาของ Thabet, Taha, Abood, and Morsy (2017) พบว่า การเรียนการสอนด้วยการใช้

ปัญหาเป็นฐาน (PBL) ช่วยพัฒนาและปรับปรุงทักษะการตัดสินใจของนักศึกษาพยาบาล วิธีการสอนนี้เหมาะสมกับการฝึกการโต้แย้งในกระบวนการกลุ่มได้อย่างดีเยี่ยม เพราะประเด็นปัญหาและกระบวนการกลุ่มจะกระตุ้นให้เกิดการโต้แย้ง การวิพากษ์วิจารณ์ การเสนอมุมมองของแต่ละคน การหาข้อมูลหลักฐานที่น่าเชื่อถือมาสนับสนุนหรือหักล้าง รวมถึงการสรุปผลที่ก่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเสนอ ผลการวิเคราะห์การสอนทางคลินิกด้วยวิธีการใช้ปัญหาเป็นฐานแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การสอนทางคลินิกด้วยวิธีการใช้ปัญหาเป็นฐาน

ประเด็นพิจารณา	ผลการวิเคราะห์
ข้อดี	1. เน้นการประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ปัญหา มากกว่าแค่การจดจำความรู้ (Pan et al., 2018) 2. ฝึกฝนให้นักศึกษามีทักษะการคิดขั้นสูงจากการที่ต้องวิเคราะห์และประเมินปัญหา (Pan et al., 2018) 3. มุ่งองค์ความรู้เพิ่มขึ้นจากการที่ทุกคนในกลุ่มมีโอกาสนำเสนอข้อสงสัยของตัวเอง จึงทำให้ได้ข้อสงสัยเบื้องต้นหลากหลาย ที่จะต้องไปค้นคว้าหาคำตอบเพิ่มเติม 4. มีโอกาสได้รับฟังข้อมูล เหตุผลสนับสนุนของผู้อื่น 5. มีการตรวจสอบข้อสงสัยและหลักฐานซึ่งกันและกันในกลุ่ม 6. มีการวิเคราะห์หาคำตอบร่วมกัน คำตอบที่ได้จึงมักมีความครอบคลุมและเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม
ข้อจำกัด	หากคนในกลุ่มไม่กล้าแสดงความคิดเห็น หรือไม่มีความรู้ที่จะแสดงความคิดเห็น หรือขาดความรับผิดชอบที่จะไปค้นคว้าเพิ่มเติมตามประเด็นสำคัญที่จะนำมาอภิปรายในกลุ่ม ก็จะไม่เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์
ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขข้อจำกัด	1. จัดกลุ่มโดยคณะคนที่มียุทธศาสตร์เป็นผู้นำ กล้าแสดงความคิดเห็น คนที่มีผลการเรียนดี กับคนที่มียุทธศาสตร์ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น หรือคนที่มีผลการเรียนอ่อน ไว้ร่วมกัน เพื่อช่วยกระตุ้นการดำเนินกลุ่ม 2. ชี้แจงวิธีการเรียนการสอนและวิธีการประเมินผลให้นักศึกษาเข้าใจ ก่อนที่จะเริ่มใช้วิธีการนี้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การสอนทางคลินิกด้วยวิธีการใช้ปัญหาเป็นฐาน (ต่อ)

ประเด็นพิจารณา	ผลการวิเคราะห์
บทบาทผู้สอน (อาจารย์หรือพยาบาล พี่เลี้ยงในคลินิก)	1. สังเกตการณ์กระบวนการกลุ่มเพื่อให้คำปรึกษาแนะนำกลุ่มให้เกิดการเรียนรู้อย่างครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของบทเรียน (observer and coaching) 2. นำเข้าสู่บทเรียนแบบย่อ สะท้อนข้อสังเกต และสรุปประเด็นสำคัญที่กลุ่มยังสรุปไม่สมบูรณ์เมื่อปิดสถานการณ์ (prebrief and debrief)
บทบาทผู้เรียน (นักศึกษา)	1. รับผิดชอบการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกระบวนการกลุ่มและในการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติม 2. สรุปบทเรียนที่ได้จากกระบวนการกลุ่มทุกครั้งเมื่อปิดสถานการณ์ โดยอาจทำเป็นผังความคิด (mind map) หรือนบันทึกย่อ (short note) สำหรับอ่านทบทวน

3. การโต้แย้ง (debate) เป็นการใช้อาวุธศิลป์และเหตุผลโต้ตอบกันระหว่างทีม 2 ทีม หรือบุคคล 2 ฝ่าย ที่มีความคิดเห็นตรงกันข้ามในหัวข้อหรือประเด็นเฉพาะที่กำหนดขึ้น แต่ละฝ่ายต้องเสนอข้อมูลหลักฐานของตนหักล้างเหตุผลของฝ่ายตรงข้ามและโน้มน้าวจิตใจของผู้ฟังให้มีความคิดเห็นคล้อยตามฝ่ายตน (Pan et al., 2018) วิธีนี้ใช้ได้ดีในกรณีที่ต้องการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของประเด็นใดประเด็นหนึ่งอย่างถ่องแท้ รวมถึงประเด็นที่ยังหาข้อสรุปที่สมบูรณ์ไม่ได้ หรือในกรณีที่มีทางเลือก 2 ทาง ที่มีน้ำหนักพอๆ กัน แต่ต้องตัดสินใจเลือกทางใดทางหนึ่ง (Nisly, Kingdon, Janzen, & Dy-Boarman, 2017) การเตรียมข้อมูลของแต่ละฝ่ายที่ถูกจัดสรรมาอย่างเป็นระบบ เมื่อผนวกกับวาทศิลป์ในการนำเสนอ ก็จะทำให้ผู้ฟังเพลิดเพลินสนุกสนาน จดจ่อกับการให้เหตุผลของแต่ละฝ่ายและเกิดการเรียนรู้จากการพิจารณาเหตุผลและหลักฐานที่แต่ละฝ่ายนำเสนอมาเชื่อมโยงกับความรู้อย่างดี

เดิมของตน มีความยืดหยุ่น รับฟังความเห็นและเหตุผลของผู้อื่นที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่า และไม่ตัดสินสิ่งใดจากการฟังความข้างเดียว การโต้แย้งเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ศักยภาพของนักศึกษาในหลายๆ ด้าน ทั้งการอ่าน การหาข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การสื่อสาร และการนำเสนอ พัฒนาการทำงานเป็นทีม (Hartin, Birks, Bodak, Woods, & Hitchins, 2017) หัวข้อการโต้แย้งส่วนใหญ่จะเป็นประเด็นทางสังคมศาสตร์ การเมือง แต่ช่วง 10 ปีมานี้ ในภาคการศึกษาโดยเฉพาะด้านการพยาบาล มีการนำประเด็นทางวิทยาศาสตร์ปัญหาทางคลินิก วิธีการรักษาพยาบาล ข้อขัดแย้งทางจริยธรรมวิชาชีพ มาเป็นประเด็นการโต้แย้งซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ได้จากการใช้วิธีนี้เป็นไปในทางบวก (Nisly et al., 2017) ผลการวิเคราะห์การสอนทางคลินิกด้วยวิธีการโต้แย้ง แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การสอนทางคลินิกด้วยวิธีการโต้วาทิ

ประเด็นพิจารณา	ผลการวิเคราะห์
ข้อดี	- หัวข้อที่นำมาเป็นประเด็นการโต้วาทิมักเป็นประเด็นใหม่ที่อยู่ในความสนใจและไม่มีถูกผิด ขึ้นอยู่กับข้อมูล เหตุผล และหลักฐานเชิงประจักษ์ของแต่ละฝ่ายที่นำมาเสนอและหักล้างกัน ผู้ฟังได้ประโยชน์จากการคิดวิเคราะห์ตามข้อมูลหลักฐานของแต่ละฝ่าย - การโต้วาทิเป็นนันทนาการชนิดหนึ่ง ดังนั้น การเรียนรู้ด้วยวิธีการนี้จึงจัดเป็นนันทนาการทางการศึกษา (educational entertainment) ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาเกิดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน จดจ่ออยู่กับการให้ข้อมูลของแต่ละฝ่าย ผ่อนคลายความเครียด (Toor, Samai, & Wargo, 2017) มีความสุขกับการเรียน เมื่อนักศึกษามีความสุขในการเรียนรู้ จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี เพิ่มความสามารถในการจดจำ และต้องการที่จะเรียนรู้เพิ่มขึ้น (ชนพล บรรดาศักดิ์, กนกกร ชาวเวียง, และนฤมล จันทระเกษม, 2560) - ช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารด้วยวาจา การให้เหตุผล และไหวพริบในการโต้ตอบอย่างฉับไว การทำงานเป็นทีม ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการวิเคราะห์ การเข้าใจผู้อื่น เสริมสร้างให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจ (Arrue et al., 2017; Pan et al., 2018) เพิ่มความสามารถในการสืบค้นข้อมูล เปรียบเทียบหลักฐาน และการเก็บรวบรวมความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (Toor et al., 2017)
ข้อจำกัด	- ประเด็นที่ซับซ้อนทางคลินิกไม่เหมาะสมในการนำมาเป็นหัวข้อการโต้วาทิ - ประเด็นการพิจารณาค่อนข้างแคบ มุ่งคำตอบ 2 ทางเท่านั้น คือ เห็นด้วย – ไม่เห็นด้วย หรือ ดีกว่า – ด้อยกว่า เป็นต้น - วาทศิลป์ของผู้นำเสนอมีอิทธิพลต่อความสนใจและการตัดสินใจแพ้นะ ซึ่งอาจทำให้ผู้ฟังละเลยการพิจารณาความถูกต้องของข้อมูลที่นำเสนอในภาพรวม
ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขข้อจำกัด	- เลือกเฉพาะบางส่วนของปัญหาซับซ้อนทางคลินิกมาเป็นประเด็นการโต้วาทิ - เลือกประเด็นที่ต้องการวิเคราะห์เชิงลึกมากกว่าเชิงกว้าง - ชี้แจงกฎกติกาของการโต้วาทิให้นักศึกษาเข้าใจว่า ผลการตัดสินใจแพ้นะไม่ได้ทำให้ข้อมูลของอีกฝ่ายเป็นเท็จ
บทบาทผู้สอน (อาจารย์หรือพยาบาล พี่เลี้ยงในคลินิก)	- ช่วยกำหนดประเด็นสำหรับการโต้วาทิ - กำหนดเกณฑ์การตัดสินใจ/ เป็นกรรมการตัดสิน - สรุปประเด็นการเรียนรู้ และกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิด

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การสอนทางคลินิกด้วยวิธีการไต่ถาม (ต่อ)

ประเด็นพิจารณา	ผลการวิเคราะห์
บทบาทผู้เรียน (นักศึกษา)	1. ศึกษาหัวข้อการไต่ถามที่ เตรียมข้อมูลและหลักฐานสนับสนุนฝ่ายตน และหักล้างฝ่ายตรงข้ามอย่างเป็นระบบ 2. วางแผนในการนำเสนอข้อมูล 3. วิเคราะห์กลยุทธ์ของฝ่ายตรงข้าม จัดลำดับผู้นำเสนอ 4. วิเคราะห์การเรียนรู้ของตนเอง และร่วมสะท้อนคิด

4. การสัมมนา (seminar) เป็นการประชุมแบบหนึ่ง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และหาข้อสรุปหรือข้อเสนอแนะในเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้เป็นที่ยอมรับร่วมกัน วิธีการเรียนการสอนเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง มีกระบวนการที่ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสได้คิด วิเคราะห์ และแสดงความคิดเห็นที่หลากหลายระหว่างกัน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้นทั้งในระดับรู้จำ เข้าใจ และนำไปใช้ (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และสุกัญญา แซ่เตียว, 2561)

เรื่องที่เหมาะสมที่จะนำมาสัมมนาควรเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อน หรือมีหลายมิติ มีความหลากหลาย และต้องการพิจารณาให้ครอบคลุม การสัมมนาจะทำให้ได้มุมมอง ความคิดเห็น การบริหารจัดการในเรื่องนั้นๆ ที่แตกต่าง กระบวนการกลุ่มในการสัมมนาจะทำให้ได้ข้อสรุปเป็นคำตอบหรือแนวปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันในบริบทปัจจุบัน ผลการวิเคราะห์การสอนทางคลินิกด้วยวิธีการสัมมนา แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การสอนทางคลินิกด้วยวิธีการสัมมนา

ประเด็นพิจารณา	ผลการวิเคราะห์
ข้อดี	1. พัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ของนักศึกษาได้ดี เพราะวิธีการนี้เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านกระบวนการที่นักศึกษาเป็นส่วนสำคัญ ทุกขั้นตอนของการเรียนรู้ ส่งเสริมกระบวนการคิดเชิงระบบและการคิดวิเคราะห์ ทำให้เข้าใจเนื้อหาดีขึ้น ช่วยปรับปรุงคะแนนความรู้และทักษะของนักศึกษาในรายวิชาภาคปฏิบัติให้ดีขึ้น (Zeng, Chen, Li, & Wang, 2020) 2. เสริมสร้างบรรยากาศในห้องเรียนและปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับนักศึกษาให้ดีขึ้น (Zeng et al., 2020) 3. ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของนักศึกษา (Zeng et al., 2020) 4. สามารถนำประเด็นที่มีความซับซ้อน หลากหลายมิติ มาตั้งเป็นหัวข้อสัมมนาได้ 5. ผลสรุปที่ได้จากการสัมมนาค่อนข้างมีความครอบคลุมทุกมิติของเรื่องนั้น

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การสอนทางคลินิกด้วยวิธีการสัมมนา (ต่อ)

ประเด็นพิจารณา	ผลการวิเคราะห์
ข้อจำกัด	1. กระบวนการสัมมนาใช้เวลามาก อาจทำให้จัดสัมมนาได้เพียง 1-2 หัวข้อใน 1 ภาคการศึกษา 2. ต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมสัมมนาสูงในการแสดงความคิดเห็นจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เป็นระบบ 3. การสัมมนาประเด็นทางคลินิก นักศึกษายังมีประสบการณ์/ความเชี่ยวชาญทางคลินิกน้อย อาจไม่เข้าใจประเด็นสัมมนาอย่างเป็นองค์รวม ผลสรุปที่ได้จึงอาจยังไม่ครอบคลุมทุกมิติของประเด็น
ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขข้อจำกัด	1. เลือกประเด็นสัมมนาที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์การเรียนรู้ สามารถบูรณาการหรือเชื่อมโยงความรู้สู่ประเด็นอื่นที่ต้องการได้ 2. ควรมีการเตรียมผู้ร่วมสัมมนาล่วงหน้าให้เข้าใจกระบวนการและวัตถุประสงค์ของการสัมมนา 3. ผู้สอนเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการสัมมนา เพื่อช่วยให้การสัมมนาบรรลุตามวัตถุประสงค์ แต่ต้องจำกัดบทบาทไม่ให้โดดเด่นกว่าผู้เรียน
บทบาทผู้สอน (อาจารย์หรือพยาบาลพี่เลี้ยงในคลินิก)	1. ช่วยกำหนดประเด็นสำหรับการสัมมนา 2. เป็นที่ปรึกษาการสัมมนา 3. สรุปประเด็นการเรียนรู้ และกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิดหลังเสร็จสิ้นการสัมมนา
บทบาทผู้เรียน (นักศึกษา)	1. เตรียมตัวก่อนการสัมมนา โดยศึกษาค้นคว้าเอกสารและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อสัมมนาให้มีความครอบคลุมมากที่สุด 2. วางแผนการสัมมนาโดยแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในทีมสัมมนา 3. ร่วมในกระบวนการกลุ่ม เช่น แสดงความคิดเห็น นำเสนอข้อมูลซักถามประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อให้ได้คำตอบที่กระจ่าง 4. สรุปผลการสัมมนา และสะท้อนคิดการเรียนรู้ของตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสัมมนา

สำหรับขั้นตอนการนำเทคนิคการวิเคราะห์ ผู้เขียนนำเสนอรายละเอียดดังตารางที่ 5
เชิงโต้แย้งมาใช้กับวิธีการสอนทางคลินิกทั้ง 4 วิธีนี้

ตารางที่ 5 ขั้นตอนการใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งกับวิธีการสอนทางคลินิก

วิธีการสอนทางคลินิก	ขั้นตอนการใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้ง				
	ข้อกล่าวอ้าง (claim)	เหตุผลสนับสนุน ข้อกล่าวอ้าง (warrant)	หลักฐานสนับสนุนเหตุผล (evidence)	ข้อกล่าวอ้างที่ต่างออกไป (counter claim)	การโต้แย้งกลับ (rebuttal)
1. การศึกษารายกรณี (case study)	การกำหนดข้อวินิจฉัยที่อาจเป็นไปได้จากข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย	อาการแสดง สิ่งบ่งชี้เบื้องต้นที่ค่อนข้างจะเฉพาะเจาะจงจากการซักประวัติ	ปัจจัย 3 ทาง ระบาดวิทยา ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	กรณีผลการตรวจที่บ่งชี้ข้อวินิจฉัยที่กล่าวอ้างยังไม่ชัดเจน มีหลักฐานที่ชวนสงสัยโรคอื่นๆ ที่มีน้ำหนักเท่าๆ กัน	การดำเนินโรค การตรวจพิเศษเพื่อหาหลักฐานเฉพาะในการระบุหรือปฏิเสธโรคที่เป็นข้อวินิจฉัยแรก
2. การใช้ปัญหาเป็นฐาน (PBL)	การกำหนดข้อวินิจฉัยที่อาจเป็นไปได้ของแต่ละคนที่อยู่ในกลุ่มซึ่งอาจเหมือนกันหรือต่างกันจากข้อมูลปัญหาที่กำหนด	กำหนดจากข้อมูลที่ให้มาโดยแต่ละคนในกลุ่มที่เสนอข้อวินิจฉัยวิเคราะห์เชื่อมโยงกับความรู้อากทฤษฎีของตน	การค้นคว้าเพิ่มเติมเพื่อหาหลักฐานสนับสนุนเหตุผลของตน และนำเสนอในกลุ่มเพื่อคัดกรองให้เหลือประเด็นสำคัญที่จะร่วมวิพากษ์	พิจารณาข้อเสนอและเหตุผลของผู้อื่นในกลุ่มเพื่อแตกประเด็นและกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการค้นคว้าหาคำตอบอย่างรอบด้าน	ผู้เสนอข้อมูลที่ถูกต้องโต้แย้งต้องพยายามค้นคว้าหาหลักฐานมาแสดง เพื่อจัดข้อโต้แย้งนั้น หากเหตุผลไม่มีน้ำหนักพอ ข้อเสนออื่นจะตกไป
3. การโต้แย้ง (debate)	การกำหนดหัวข้อการโต้แย้งจากสิ่งที่เป็นที่สนใจและต้องการค้นคว้าหาคำตอบเชิงลึก	ฝ่ายเสนอและฝ่ายค้านต่างหาเหตุผลและหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนฝ่ายตน โดยมีการศึกษาค้นคว้าข้อมูลอย่างเป็นระบบมาก่อนล่วงหน้า		การหักล้างข้อมูลและหลักฐานที่ฝ่ายตรงข้ามเสนอ เพื่อโน้มน้าวให้ผู้ฟังเชื่อข้อมูลฝ่ายตน	
4. การสัมมนา (seminar)	การกำหนดหัวข้อสัมมนาให้ผู้ร่วมสัมมนาทราบล่วงหน้า เพื่อเตรียมตัวมาแสดงความคิดเห็น	อยู่ในกระบวนการสัมมนาตั้งแต่เริ่มเตรียมการจนถึงเสร็จสิ้นการสัมมนาเพื่อหามาตรการ แนวปฏิบัติ หรือข้อสรุปที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันในบริบทปัจจุบัน			

สรุป

การใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งในการสอนทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลเป็นการพัฒนาการเรียนรู้แบบให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการสืบเสาะหาความรู้ผ่านกระบวนการที่กำหนด ต้องจัดการความรู้ด้วยตนเองจนได้ข้อสรุปที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ จึงเป็นการรู้แจ้งเห็นจริง ผู้เรียนจะเข้าใจในเรื่องต่างๆ ที่เป็นหัวข้อการเรียนรู้อย่างเป็นองค์รวม เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโต้แย้งสามารถกระตุ้นให้มีการคิดวิเคราะห์และเชื่อมโยงประสบการณ์ใหม่กับความรู้เดิม ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณซึ่งนำมาใช้ได้กับรายวิชาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทั้งการสอนรายบุคคลและรายกลุ่ม แต่การสอนรายกลุ่มจะมีประสิทธิภาพดีกว่า เพราะกระบวนการกลุ่มจะกระตุ้นประเด็นการโต้แย้งที่มีเหตุผลข้อมูลหรือหลักฐานที่นำมาสนับสนุนหรือหักล้าง มีความหลากหลายมากกว่า จึงมีความครอบคลุมและหาข้อสรุปในการเรียนรู้ได้มีประสิทธิภาพดีกว่า การสอนรายบุคคล การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ทางคลินิกแบบให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมนี้มีประสิทธิภาพมากกว่าแบบการฟังผู้สอนบรรยาย ซึ่งการจะนำเทคนิคใดมาประยุกต์ใช้ร่วมกับวิธีการสอนนั้น ผู้สอนควรมีการวางแผนการเรียนรู้ร่วมกับผู้เรียน และมีการเตรียมความพร้อมให้ผู้เรียนเข้าใจวิธีการสอนและเทคนิคที่จะใช้ อีกทั้งผู้สอนควรมีความแม่นยำในวิธีการประเมินผลผู้เรียนจากวิธีการสอนด้วยเทคนิคที่นำมาใช้ และเมื่อจบรายวิชาควรมีการสะท้อนคิดทั้งผู้สอนและผู้เรียน มีการถอดบทเรียนการใช้เทคนิคที่เลือกสรรกับวิธีการสอนแบบต่างๆ เพื่อหาข้อบกพร่องและช่องทางพัฒนาให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, และวรินทร์ดดา จันทร์เมือง. (2562). การบริหารรายวิชาเพื่อพัฒนทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(3), 30–38.
- ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, และสกุณตลา แซ่เตียว. (2561). ผลการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาต่อการเรียนรู้การรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 74–90.
- ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, และณฤมล จันทระเกษม. (2560). ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(1), 357–369. doi:10.14456/jmcupeace.2017.28
- พาอีห๊ะ เจาะสา. (2561). ผลของการจัดการเรียนรู้ด้วยรูปแบบการสืบเสาะแบบมีการโต้แย้งที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนชีววิทยา การคิดวิเคราะห์ และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. สืบค้นจาก <http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12159/1/TC1544.pdf>
- มฤดี แสนจันทร์, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, และสัมฤทธิ์ ขวัญโพ. (2557). สภาพการศึกษาภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 20(2), 70–81.

- วนิดา ภาระนัด, และประสาท เนื่องเฉลิม. (2561). การโต้แย้งอย่างมีเหตุผล: ทักษะเพื่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 37(2), 174–181.
- วันเพ็ญ สุลง. (2561). *การเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเพื่อส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ วิชา การบริหารงานคุณภาพในองค์กร ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ชั้นปีที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. สืบค้นจาก <http://libdoc.dpu.ac.th/thesis/Wanpen.Sal.pdf>
- วิจิตรา กุสุมภ์, และสุลธิ ทอวิเชียร. (2560). การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 1–8.
- วิจิตรา กุสุมภ์, และอรุณี เสงขสมาก. (2562). ผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความคงทนในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี*, 8(1), 187–196.
- สมเกียรติ สุทธิรัตน์, และพัชนี สมกำลัง. (2556). ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(1), 61–67.
- เอกภูมิ จันทระจันต์. (2559). การจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมทักษะการโต้แย้งในชั้นเรียนวิทยาศาสตร์. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 11(1), 217–232.
- Arrue, M., Unanue, S., & Merida, D. (2017). Guided university debate: Effect of a new teaching-learning strategy for undergraduate nursing students. *Nursing Education Today*, 59, 26–32. doi:10.1016/j.nedt.2017.08.011
- Cullen, S., Fan, J., van der Brugge, E., & Elga, A. (2018). Improving analytical reasoning and argument understanding: A quasi-experimental field study of argument visualization. *Nature Partner Journals Science of Learning*, 3(1), 1–6. Retrieved from <https://www.nature.com/articles/s41539-018-0038-5>
- Handayani, P., Sinaga, P., & Feranie, S. (2018). Feasibility of physics teaching materials oriented on cognitive ability and argumentation skill of student. *Journal of Physics: Conference Series*, 1157(3), 1–5. doi:10.1088/1742-6596/1157/3/032039
- Hartin, P., Birks, M., Bodak, M., Woods, C., & Hitchins, M. (2017). A debate about the merits of debate in nurse education. *Nurse Education in Practice*, 26, 118–120. doi:10.1016/j.nepr.2017.08.005
- Lin, S.-S., & Mintzes, J. J. (2010). Learning argumentation skills through instruction in socioscientific issues: The effect of ability level. *International Journal of Science and Mathematics Education*, 8(6), 993–1017. doi:10.1007/s10763-010-9215-6

- Najafi, M., Motaghi, Z., Nasrabadi, H. B., & Heshi, K. N. (2016). "Debate" learning method and its implications for the formal education system. *Educational Research and Reviews*, 11(6), 211–218. doi:10.5897/ERR2015.2316
- Nisly, S. A., Kingdon, L. K., Janzen, K. M., & Dy-Boarman, E. A. (2017). Using debates to mimic clinical discussion in experiential education. *Innovations in Pharmacy*, 8(4), 1–9. Retrieved from <https://pubs.lib.umn.edu/index.php/innovations/article/view/935/1015>
- Noviyanti, N. I., Mukti, W. R., Yuliskurniawati, I. D., Mahanal, S., & Zubaidah, S. (2019). Students' scientific argumentation skills based on differences in academic ability. *Journal of Physics: Conference Series*, 1241, 1–8. doi:10.1088/1742-6596/1241/1/012034
- Pan, L., Xi, H-Q., Shen, X-W., & Zhang, C-Y. (2018). Toolbox of teaching strategies. *Frontiers of Nursing*, 5(4), 249–255. doi:10.1515/fon-2018-0033
- Popil, I. (2011). Promotion of critical thinking by using case studies as teaching method. *Nurse Education Today*, 31(2), 204–207. doi:10.1016/j.nedt.2010.06.002
- Thabet, M., Taha, E. E., Abood, S. A., & Morsy, S. R. (2017). The effect of problem-based learning on nursing student' decision making skills and styles. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(6), 108–116. doi:10.5430/jnep.v7n6p108
- Toor, R., Samai, K., & Wargo, R. (2017). Debate as an alternative method for medical literature evaluation. *Currents in Pharmacy Teaching & Learning*, 9(3), 427–432. doi:10.1016/j.cptl.2017.01.009
- Zeng, H. L., Chen, D. X., Li, Q., & Wang, X. Y. (2020). Effects of seminar teaching method versus lecture-based learning in medical education: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Medical Teacher*, 42(12), 1343–1349. doi:10.1080/0142159X.2020.1805100

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม: การประยุกต์สู่การปฏิบัติ

โดยผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

Environmental Health Literacy: Applying to Practice

via Caregivers for Bedridden Patients

ชวนชม พีชพันธุ์ไพศาล, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ¹

Chuanchom Peachpunpisal, M.N.S. (Gerontological Nursing) ¹

อังคินันท์ อินทรกำแหง, ค.ด. (การศึกษานอกระบบโรงเรียน) ²

Ungsinun Intarakamhang, Ph.D. (Non-Formal Education) ²

ปิยดา สมบัติวัฒนา, วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) ³

Piyada Sombatwattana, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research) ³

Received: May 13, 2021 Revised: June 11, 2021 Accepted: June 15, 2021

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ จึงต้องอาศัยผู้ดูแลช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งผลจากการนอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลานานๆ นั้น ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา และอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คือ การติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น การติดเชื้อในระบบหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ ซึ่งแผลกดทับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายได้ โดยสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาการติดเชื้อที่พบบ่อย คือ การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องตามหลักอนามัย ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญใน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: chuanchom@pnc.ac.th

² รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² Associate Professor, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

³ Assistant Professor, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งช่วยจัดการดูแลสุขภาพแวดล้อมให้มีความเหมาะสมตามหลักอนามัย เพื่อความปลอดภัยและป้องกันอาการแทรกซ้อนจากปัญหาการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นได้
คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

Abstract

Bedridden patients cannot do activities by themselves and most of the time they lie on the bed. Also, they depend on caregivers to help for doing daily activities. The significant effect of bedridden along time is the complication symptoms. In addition, the severe complication which may involve patients to pass away is the infection in different systems such as respiratory infection, urinary tract infection including bed sore as well. Also, bed sore is the risk factor of infection. Moreover, another cause of the infection of bedridden patients is inappropriate environment for bedridden patients at home. Caregiver's role is important to care for bedridden patients both physical and mental health, and carers always manage especially in appropriate environmental residence linking to environmental health in order to prevent infectious problem.

Keywords: Environmental health literacy, Severe complication, Bedridden patients

บทนำ

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรง ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งบางคนพอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่บางคนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย จึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลช่วยทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีหลายสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงอยู่ตลอดเวลา เช่น อาการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต พาร์กินสัน สมองเสื่อม หรือจากการประสูติผิดปกติ ซึ่งการนอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลานานๆ นั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นจนเสียชีวิตได้ และปัญหาสำคัญที่

ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต คือ อาการแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในระบบหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นโรค 1 ใน 6 โรคเรื้อรังที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้น ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมให้แก่ผู้ป่วย (สิรินทร จันศิริกาญจน และคณะ, 2559) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง บทบาท

ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่การปฏิบัติโดยผู้ดูแล เพื่อให้ผู้อ่านได้แนวทางในการนำไปใช้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในขณะที่อยู่ที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องตามหลักอนามัย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นได้

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตลอดเวลา การที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องนอนติดเตียงเป็นเวลานานๆ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาหลายประการ ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย ทั้งระบบหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ และนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนจนทำให้มีการติดเชื้อขึ้นในร่างกาย คือ การที่ผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และขาดการดูแลจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกหลักอนามัย เพราะสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมยังเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย (Bekdemir & Ilhan, 2019) ดังนั้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ครบถ้วนสมบูรณ์นั้นต้องเป็นการดูแลอาการป่วยร่วมกับการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มีการมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระดับชุมชน โดยสนับสนุนให้มีการนำผู้ดูแลและครอบครัวมาสร้างความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการช่วยดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้ถูก

สุขลักษณะและมีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่อยู่ที่บ้าน (กาญจนา จันทร์ไทย, 2560) ซึ่งผลการศึกษาของ Teasell and Dittmer (1993) พบว่า ปัญหาแทรกซ้อนที่พบบ่อยในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในขณะที่อยู่ที่บ้าน คือ การเกิดแผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ท้องผูก ข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้า โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับ การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีการสะสมและแพร่กระจายเชื้อโรคได้ง่าย ซึ่งสาเหตุของการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่นเดียวกับ Forbes (2009) ที่ได้กล่าวว่า การจัดการเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกต้อง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีโอกาสเกิดปัญหาแทรกซ้อน คือ การติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย จนอาจเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้

บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

การทำหน้าที่ของผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นการงานที่หนัก เนื่องจากผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือบางคนช่วยเหลือตนเองได้เพียงเล็กน้อย ดังนั้นการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงต้องอาศัยผู้ดูแลเป็นผู้ทำให้ ทั้งการจัดเตรียมและให้อาหาร ยา การช่วยอาบน้ำ สระผม การเข้าห้องน้ำ ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเฉพาะโรคในผู้ป่วยแต่ละคนร่วมด้วย จะเห็นได้ว่า ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในระยะยาวสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพและเกิดความเครียดตามมา เพราะภาระหน้าที่ของผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาในการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองน้อยลงหรือ

ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง (ฉัตรศพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, และอุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2561) และจากการศึกษาของสิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และณิศร เต็งรัง (2557) พบว่า มากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแล มีปัญหาสุขภาพทางกาย และมากกว่า 4 ใน 5 มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อผู้ดูแลขาดความพร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย คือ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง ขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยผ่อนแรงในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะยิ่งส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า ท้อแท้ และมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (จุฑาทิพย์ กองจันทร์ศรี และอรสา กองตาล, 2555; ชลکار ทรงศรี และณรงค์ จันทร์แก้ว, 2562) เช่นเดียวกับรายงานของกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่า ผู้ดูแลครอบครัว และชุมชนยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) ซึ่งผลของความไม่พร้อมในการทำหน้าที่ของผู้ดูแลนั้นยังส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตเร็วขึ้น (รศรินทร์ เกรย์, อุมารณณ์ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณนพเก้า, 2556) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีอาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักยิ่งตลอดระยะเวลาอันยาวนานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาพักผ่อนและพักผ่อนอย่างมากในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ความไม่พร้อมอย่างหนึ่งของผู้ดูแล คือ การขาดความรู้เกี่ยวกับหลักการที่ถูกต้องในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยเฉพาะการไม่ดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกหลักอนามัย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ

ที่มักถูกละเลยและนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เพราะการดูแลสิ่งแวดล้อม ลักษณะทางสังคม วัฒนธรรมในชุมชน มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย (Finn & O'Fallon, 2018) ซึ่งผลจากการจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกหลักอนามัยและไม่ปลอดภัยจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงลดลง และจะยิ่งส่งผลให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกหลักอนามัยเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้นในระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้น การส่งเสริมเกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental health literacy) จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ดูแลที่ต้องทำความเข้าใจและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ถูกต้องตามหลักอนามัยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนลดอาการรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ช่วยป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย และส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงลดลง

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental health literacy [EHL]) ประกอบด้วยคำว่า อนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental health [EH]) และความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy [HL]) (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) โดยมีความหมาย ดังนี้

1. อนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและภาวะการเจ็บป่วยของประชาชน งานอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ เพื่อต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยัง

สามารถป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้ปลอดภัยจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่เกิดจากปัญหาสิ่งแวดล้อม ดังนั้น งานด้านสาธารณสุขจึงมุ่งแสวงหาวิธีการในการแก้ไขปรับปรุง รวมทั้งการพัฒนาหรือกลไกในการดูแลสุขภาพที่สามารถช่วยควบคุมองค์ประกอบต่างๆ ของสภาพแวดล้อมที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ (World Health Organization [WHO], 1998) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การจัดการขยะในครัวเรือนและชุมชน การทำความสะอาดส้วม ห้องน้ำ และสิ่งปฏิกูล การจัดการน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาดและไม่ใช่ที่อยู่อาศัยของสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค การกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลต่างๆ รวมทั้งการควบคุมมลพิษทางอากาศและมลพิษอื่นๆ ให้สะอาด ปลอดภัย เพื่อให้มนุษย์ปราศจากโรค มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง

หลักการพื้นฐานในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกหลักอนามัย เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านและการดูแลสุขภาพประชาชน โดยการจัดการด้านสุขภาพจะมีการพิจารณาเกี่ยวกับจุดกำเนิดที่ทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม ช่องทางที่เข้าสู่ร่างกาย และบุคคลที่เผชิญกับปัญหาสิ่งแวดล้อม งานอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงเป็นการเชื่อมต่องานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ซึ่งการดำเนินการต้องคำนึงถึงต้นเหตุของปัญหา เพื่อหาแนวทางการป้องกันตั้งแต่ต้นทาง โดยป้องกันตั้งแต่จุดกำเนิดของต้นเหตุของปัญหา ช่องทางที่เข้าสู่ร่างกาย ซึ่งช่องทางที่เข้าสู่ร่างกายนั้นมีหลายช่องทาง ได้แก่ ช่องทางระบบหายใจ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ และการสัมผัสผิวหนัง เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะการมี

ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพื่อการคิดพิจารณาอย่างเข้าใจ สมเหตุสมผลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทั้งการดูแลสุขภาพและการตัดสินใจเลือกใช้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง รวมทั้งสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ และสามารถคงไว้ซึ่งสภาวะการมีสุขภาพดี (กองสุขาภิบาล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมทำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงและเข้าใจการใช้ข้อมูลเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังหมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องของบุคคล ซึ่งเป็นการใช้ทักษะด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการสนใจให้มีการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง จัดการตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้ได้เสมอ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึงความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพื่อการคิดพิจารณาอย่างเข้าใจสมเหตุสมผลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งการดูแลสุขภาพและการประเมินข้อมูลที่ได้ เพื่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถดูแลหรือแนะนำบุคคลในครอบครัว เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและสามารถคงไว้ซึ่งสภาวะการมีสุขภาพดี จากการรวบรวมผลการวิจัยพบว่าประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์

เฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 50 และขาดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของชัยชนก ขุนทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2559) ที่พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพที่พบมากที่สุด คือระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ คิดเป็นร้อยละ 62.70 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yuen, Knight, Ricciardelli, and Burney (2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและผู้รับการดูแล พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและผู้รับการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากขึ้นในการดูแลผู้รับการดูแล

จากความหมายของอนามัยสิ่งแวดล้อมและความรู้ด้านสุขภาพ สามารถสรุปความหมายของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ว่า ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถในการใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลที่ได้รับมาจากช่องทางต่างๆ ที่หลากหลายซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพและช่วยป้องกันภาวะเจ็บป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการดูแลสุขภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยที่ถูกต้องตามหลักอนามัย เพื่อไม่ให้เป็นสาเหตุของการสะสมเชื้อโรค การแพร่กระจายเชื้อจนทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยหรือเกิดโรคที่รุนแรงมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า สุขภาพมนุษย์มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และสังคม อีกทั้งสิ่งแวดล้อมยังเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย โดยปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมนั้นเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ปัญหาการสะสมฝุ่นละออง ปัญหาการอัดแน่น ความไม่สะอาดของสภาพแวดล้อม ซึ่งสาเหตุต่างๆ เหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรงแตกต่างกัน (Society for Public Health Education, 2015) โดย Nicholson

(2000) ได้อธิบายว่า ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนั้น เป็นการนำเอาแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและแนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมมารวมอธิบายภาวะสุขภาพของบุคคลได้ตามความเชื่อที่ว่า สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล โดยทำการศึกษารวบรวมความเข้าใจ ประเมินข้อมูล และใช้ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ป้องกันอันตรายจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มคุณภาพชีวิต ต่อมาในปี ค.ศ. 2018 Gray (2018) ได้ศึกษาเพิ่มเติมพบว่า ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกหลักอนามัยเป็นปัจจัยเสี่ยงในการทำให้โรคลุกลามและเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดต่อแพร่เชื้อโรคในชุมชน ซึ่งแนวคิดหลักของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความเข้าใจความตระหนักรู้ของบุคคลให้เห็นความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ลักษณะสังคม และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ 2) ความสามารถในการตนเองของบุคคลในการดูแลสุขภาพ (self-efficacy) เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวให้สามารถช่วยป้องกันอันตรายจากปัญหาสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น และ 3) พฤติกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันสุขภาพของตนเอง บุคคลในครอบครัว และชุมชน โดยบุคคลที่มีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองจากอาการเจ็บป่วยต่างๆ อย่างสม่ำเสมอจะสามารถนำไปสู่การสร้างพฤติกรรมป้องกันสุขภาพทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

หลักแนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3 ประการ มีรายละเอียดดังนี้

1. การตระหนักรู้และความรู้ความเข้าใจ

ของบุคคล ซึ่งเป็นการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเป็นอันตราย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เกิดภาวะเจ็บป่วยตามมา ซึ่ง Finn and O'Fallon (2018) ได้อธิบายว่าการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย และมีความเชื่อมโยงกับลักษณะทางสังคม วัฒนธรรมในชุมชนนั้นๆ โดยสังคม วัฒนธรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ยังมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น การใช้น้ำจากแหล่งน้ำที่มีสารเคมีซึมผ่านจากใต้ดิน การไม่รักษาความสะอาดของเครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ ล้วนส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา โดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยังมีโอกาสได้รับความเสี่ยงนี้มากขึ้นหากขาดผู้ดูแลคอยจัดการช่วยเหลือ และกลายเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อเป็นวงกว้างทั้งครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการกระตุ้นเตือนหรือนำเสนอให้บุคคลในชุมชนเข้าใจถึงอันตรายของสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งแต่ละบุคคลมีการตระหนักรู้และความเข้าใจถึงความเสี่ยงต่างๆ แตกต่างกัน การพัฒนาการตระหนักรู้ของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อได้เห็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงปัจจัยเสี่ยงและอันตรายของสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาค้นคว้าวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อการตอบสนองที่ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีการเตรียมการวางแผนในการป้องกันปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อประโยชน์ในการเพิ่มสุขภาวะที่ดี

2. ความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจ โดยเฉพาะการพิจารณาข้อมูลทางสุขภาพ เป็น

ความสามารถหรือทักษะการรับรู้ของแต่ละบุคคล ในการเลือกแนวทางที่เป็นประโยชน์และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพมากที่สุด ซึ่งเป็นการช่วยลดอันตรายจากปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยบุคคลจะมีความเชื่อในศักยภาพของตนเองว่ามีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่คาดหวังที่จะเกิดขึ้น เช่น ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลและการทำความเข้าใจในข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และสุขภาพ รวมทั้งความสามารถในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของชุมชน (to participate in community decision-making) หรือเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความเสี่ยงเฉพาะโรค ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการลดปัจจัยกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมในบ้านที่ก่อให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบ โดยการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ถูกหลักอนามัยที่สามารถช่วยป้องกันอันตรายจากอาการหอบหืด นอกจากนี้ ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ยังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และมีโอกาสได้รับผลกระทบจากการดูแลสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เพราะการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่ไม่ถูกหลักอนามัยจะเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค และทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อโรคเข้าสู่ตัวผู้ป่วยได้ง่าย ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ซึ่งส่งผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้นจนอาจเสียชีวิตได้ ดังรายงานของกรมอนามัย (2562) ที่อธิบายว่า การละเลย ไม่สนใจจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกหลักอนามัยแก่ผู้ป่วย อัมพาต ย่อมส่งผลให้อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งที่พบมากเป็นการติดเชื้อในระบบหายใจ รองลงมาคือ การติดเชื้อที่แผลกดทับ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ตามลำดับ โดยการติดเชื้อนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น

การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมให้ ถูกหลักอนามัย จึงเป็นการช่วยลดการเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการติดเชื้อในร่างกายทั้งที่ปอดและ ระบบอื่น ๆ ได้

3. การลงมือปฏิบัติ เป็นการสร้างพฤติกรรม การดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ถูกต้องตามหลัก อนามัย เพื่อเป็นการลดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และช่วยป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็น อันตรายต่อสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการลงมือ ปฏิบัตินี้ต้องใช้ความร่วมมือกันทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และนำไปสู่สังคม โดยบุคลากร ทีมสุขภาพและผู้ดูแลเป็นบุคคลหลักที่จะนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ไปใช้ได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอย่างเหมาะสม ครอบคลุม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพ อย่างมีคุณภาพ และช่วยส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี แก่ผู้ป่วย

จากหลักแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ประการข้างต้น ถือเป็นองค์ประกอบ สำคัญที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงควรทำความเข้าใจ และสามารถนำไปสู่การลงมือปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้จริง ด้วยการนำหลักแนวคิดดังกล่าว สู่แนวทางการปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีความเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) การแสวงหาหรือการเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) การตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 4) การตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการ จัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแล สุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอย่างครอบคลุม เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และช่วยป้องกันอาการ แทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม และสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

ที่บ้านได้

การประยุกต์ใช้ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่การปฏิบัติโดยผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงซึ่งมีปัญหา การเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการดูแลระยะยาว (long term care) โดยผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล ช่วยเหลือจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจาก ผู้ป่วยเหล่านี้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมากหรือช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้เลย ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งภาวะ แทรกซ้อนที่สำคัญของการเสียชีวิต คือ การติดเชื้อ ในร่างกาย โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การสำลัก การติดเชื้อใน ระบบหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในร่างกาย ได้ง่าย คือ ปัญหาการดูแลสุขภาพแวดล้อมที่ไม่ถูก หลักอนามัย เช่น การไม่ดูแลความสะอาดของที่อยู่ อาศัย ที่นอน เสื้อผ้า ห้องผู้ป่วยมีการถ่ายเทหรือ การระบายอากาศที่ไม่ดี ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหากับ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง การดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องนำหลักแนวคิดของความรอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ประการข้างต้น มาปฏิบัติจริง โดยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีความเข้าใจข้อมูล อนามัยสิ่งแวดล้อม 2) การแสวงหาหรือการเข้าถึง ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) การตรวจสอบข้อมูล เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 4) การตัดสินใจ เลือกแนวทางสู่การลงมือปฏิบัติกิจกรรมด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการ สภาพแวดล้อมที่มีความเหมาะสม ถูกหลักอนามัย ดังนั้น ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการนำ แนวทางปฏิบัติ 4 ขั้นตอน ไปใช้จริง โดยผู้ดูแล

ควรสร้างความตระหนักในตนเองในการให้ความสำคัญกับการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด ตัวอย่างเช่น การดูแลทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด คือ ที่นอน หมอน ผ้าห่ม ให้สะอาดอยู่เสมอ โดยผู้ดูแลต้องปฏิบัติครบทั้ง 4 ขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 การให้ความเอาใจใส่และเห็นความสำคัญของการดูแลทำความสะอาด กวาด เช็ดถูห้องนอน รวมทั้งการซักทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องนอน ทุกสัปดาห์อย่างสม่ำเสมอ การทำความสะอาดเข้าถึงโทษของการมีฝุ่นละอองสะสมในห้องนอน อุปกรณ์เครื่องนอนต่างๆ ซึ่งจะทำให้เป็นแหล่งสะสม มีการแพร่กระจายเชื้อโรคเข้าสู่ระบบหายใจและเกิดการติดเชื้อตามมาได้ ขั้นตอนที่ 2 ผู้ดูแลมีการแสวงหาช่องทางและใช้ช่องทางที่หลากหลายในการค้นหาข้อมูลต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนเหตุผลของการดูแลทำความสะอาดห้องนอน เครื่องนอนให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ ซึ่งช่องทางที่ได้มาของข้อมูล เช่น การสอบถามผู้รู้ หรือผู้เชี่ยวชาญ การดูทีวี ดูยูทูบ แอปพลิเคชัน คลิปวิดีโอ ออนไลน์ หรือเฟซบุ๊ก เกี่ยวกับผลดีของการทำความสะอาดห้องนอน เครื่องนอน และผลเสียของการไม่รักษาความสะอาดของห้องนอน เครื่องนอน ซึ่งข้อมูลที่ได้มานั้น ผู้ดูแลต้องนำเข้าสู่ขั้นตอนที่ 3 โดยผู้ดูแลต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้มาและแหล่งข้อมูลทั้งหมด และนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบในขั้นตอนที่ 4 ซึ่งขั้นตอนนี้ ผู้ดูแลต้องพิจารณาตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการทำความสะอาดห้องนอน เครื่องนอนต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยหรือไม่ ซึ่งเมื่อตัดสินใจเลือกที่จะทำความสะอาดห้องนอน เครื่องนอนแล้ว ผู้ดูแลก็ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จากรายงานผลการศึกษาของ Febria, Saam, Nofrizal, and Agrina (2020) พบว่า การใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้ง 4 ขั้นตอน มีความสำคัญ

ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและประชาชนในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องมีการบูรณาการร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งภาคประชาชน สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษา คือ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ Parkes, Panelli, and Weinstein (2003) ได้ศึกษาโดยใช้หลักการจัดการดูแลสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้ถูกหลักอนามัย และมีความปลอดภัย มาวางแผนปฏิบัติการจัดการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า การใช้หลักการจัดการดูแลสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้ถูกหลักอนามัยและมีความปลอดภัย สามารถช่วยลดอัตราการติดเชื้อและลดอาการรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยได้ทั้งผู้ป่วยที่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบท และส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลลดลง

นอกจากนี้ ปัญหาที่พบบ่อยในการจัดการสภาพแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คือ ปัญหาการจัดห้องนอนของผู้ป่วยเป็นห้องเล็กๆ ที่มีการถ่ายเทอากาศไม่เพียงพอ ปัญหาการกำจัดขยะที่ไม่ถูกต้อง โดยคิดว่าขยะแห้งเป็นขยะไม่มีพิษไม่ต้องทิ้งทุกวันก็ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นอรีนี ตะหวา และปวีตร ชัยวิสิทธิ์ (2559) ที่พบว่า ปัญหาในการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านนั้น ร้อยละ 61.50 เกิดจากการมีอากาศถ่ายเทไม่สะดวกและมีกลิ่นรบกวน จึงเห็นได้ว่าการจัดการสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคล โดยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมของ

ผู้สูงอายุมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการสภาพแวดล้อมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .35 และ .59 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อังสินันท์ อินทรกำแหง และสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2562)

สรุป

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งการขาดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อในร่ายกาย และการติดเชื้อเป็นอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงและอาจทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นการสร้างความรู้ความตระหนัก ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เป็นการช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยให้เหมาะสมและถูกต้องตามหลักอนามัย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุม ซึ่งจะสามารถช่วยลดอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถช่วยป้องกันปัญหาการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้น การดูแลสุขภาพอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ย่อมเกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล อีกทั้งเป็นการเพิ่มและพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงให้ดียิ่งขึ้นในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2562). *รายงานประจำปี กรมอนามัย*. นนทบุรี: อัมรินทร์พรินตัง.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก file:///C:/Users/Asus/Downloads/061220170334215785_linkhed.pdf
- กาญจนา จันทร์ไทย. (2560). *มาตรฐานการพยาบาล*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี, และอรสา กงตาล. (2555). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. ใน *เอกสารการประชุม Graduate Research Conference 2012* (น. 658–669). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2560). *ความรู้ด้านสุขภาพ*. สืบค้นจาก http://doh.hpc.go.th/data/HL/HLO_chanuanthong.pdf
- ชลกร ทรงศรี, และณรงค์ จันทร์แก้ว. (2562). ผลของการให้คำปรึกษาต่อความสามารถเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 22(2), 50–59.
- นัชศพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 97–109.

- ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 67–85.
- นอรีนี ตะหา, และปวิตร ชัยวิสิทธิ์. (2559). การจัดการสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 5(1), 31–39.
- ศรีรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทราวณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2556). มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. (2557). ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). *เอกสารการประชุมวิชาการการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ ครั้งที่ 3*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ศิริพันธุ์ สาตย์, สันติลาภเบญจกุล, อัญญพร สุทัศน์วรุฒิ, ศุภลักษณ์ เข้มทอง, และสมคิด เพื่อนรัมย์. (2559). *คู่มือการดูแลระยะยาว (Long term care) สำหรับทีมหมอกรอบครัว*. กรุงเทพฯ: ไชเบอร์พริ้นท์ กรุ๊ป.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง, และสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2562). *การศึกษาความรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย.
- Bekdemir, A., & İlhan, N. (2019). Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. *The Journal of Nursing Research*, 27(3), e24. doi:10.1097/jnr.0000000000000297
- Febria, D., Saam, Z., Nofrizal, & Agrina. (2020). Model for community environmental health literacy in Peatlands: Research & development study. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt / Egyptology*, 17(6), 8315–8329.
- Finn, S., & O'Fallon, L. R. (2018). *Environmental health literacy*. New York: Springer.
- Forbes, D. A. (2009). Being bedridden was a slow process influenced by interactions with the environment, nurses, and social ties. *Evidence-based Nursing*, 12(2), 64. doi:10.1136/ebn.12.2.64

- Gray, K. M. (2018). From content knowledge to community change: A review of representations of environmental health literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 466. doi:10.3390/ijerph15030466
- Nicholson, P. J. (2000). Communicating occupational and environmental issues. *Occupational Medicine*, 50(4), 226–230. doi:10.1093/occmed/50.4.226
- Parkes, M., Panelli, R., & Weinstein, P. (2003). Converging paradigms for environmental health theory and practice. *Environmental Health Perspectives*, 111(5), 669–675. doi:10.1289/ehp.5332
- Society for Public Health Education. (2015). *Environmental health promotion: What is environmental health literacy?*. Retrieved from http://www.sophe.org/environmentalhealth/key_ehl.asp
- Teasell, R., & Dittmer, D. K. (1993). Complications of immobilization and bed rest. Part 2: Other complications. *Canadian Family Physician*, 39, 1440–1446.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO Publication.
- Yuen, E. Y. N., Knight, T., Ricciardelli, L. A., & Burney, S. (2018). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e191–e206. doi:10.1111/hsc.12368

**ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุพการี:
การดูแลแบบบูรณาการอย่างเป็นพลวัตสู่การเรียนรู้
ตอนที่ 1 การดูแลกิจวัตรประจำวัน เรื่องเล็กๆ ที่ไม่ง่ายอย่างที่คิด
Sharing Experience of Caring the Beloved Old Age with Chronic Illness:
Part I Managing Activities in Daily Life and Lesson Learned**

ชดช้อย วัฒนนะ, ประด. (การพยาบาล)¹

Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing)¹

Received: June 27, 2021 Revised: June 28, 2021 Accepted: June 28, 2021

การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องง่าย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกายที่เสื่อมลงและการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเองและต่อผู้ดูแล งานดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นงานหนัก โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือแทบไม่ได้เลย ผู้ดูแลต้องใช้กำลังกาย กำลังใจ กำลังสติปัญญา และหัวใจในการดูแล เนื่องจากการดูแลมีรายละเอียดที่ต้องการการสังเกต เอาใจใส่เป็นกรณีพิเศษในทุกเรื่อง ผู้สูงอายุแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งปัจจัยด้านบุคคลและบริบทแวดล้อม ซึ่งหลายประเด็นมีความเฉพาะและมีความเป็นปัจเจกบุคคลที่อยู่นอกเหนือจากตำรา ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้การพิจารณาไตร่ตรองและตัดสินใจในการดูแลตามสถานการณ์ จึงเป็นความยากลำบากในการดูแล โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุพการี ต้องการ

ความละเอียดอ่อนในการปฏิบัติ ผู้ดูแลจึงต้องเข้าใจความเป็นจริงในชีวิตและวางใจให้เหมาะสม เนื่องจากการดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และต้องมีการผสมผสานรูปแบบการดูแลจากศาสตร์ต่างๆ โดยคำนึงถึงความคิด ความเชื่อ ความศรัทธาของผู้สูงอายุ ให้เกิดการดูแลที่เป็นการสร้างดุลยภาพในชีวิต คงสัมพันธภาพที่ดี และเกิดการเยียวยาจิตใจให้กับผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ดูแลไปพร้อมๆ กัน

มีคำกล่าวว่า การดูแลบิดามารดาไม่ใช่แค่หน้าที่ แต่เป็นการสร้างบุญที่ยิ่งใหญ่ พระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงยกย่องผู้เป็นบิดามารดาไว้ว่า พุทธมมาติ มาตาปิโตร ปุพพาจริยาติ จุจฺเฐ อาหุเนยฺยา จ ปุตุตฺตานํ ปชาย อนุกมฺปกา ฯ อันหมายถึง มารดาบิดาเป็นพระพรหมของลูก มีพรหมวิหาร 4 คือ เมตตา กรุณา

¹ นักวิชาการอิสระ

¹ Freelance Academic Researcher, E-mail: wattanach@hotmail.com

มูทิตา และอุเบกขา นอกจากนี้ยังเป็นครูคนแรก ในการสั่งสอนอบรมกิริยามารยาทให้ลูกก่อนคนอื่น เป็นบุคคลที่สมควรแก่การบูชา เป็นพระอรหันต์ของลูก อนุเคราะห์เลี้ยงดูลูกจนโตใหญ่ สามารถเลี้ยงตนเองได้ เป็นเทวดาของลูกและเป็นบุพการีของลูก เมื่อบุพการี เข้าสู่วัยสูงอายุ จึงเป็นเวลาที่ถูกหลานควรบำรุงเลี้ยงดู โดยปฏิบัติหน้าที่ดูแลเพื่อตอบแทนบุญคุณ ซึ่งแต่ละ ครอบครัวมีรูปแบบการดูแลแตกต่างกันไป บทความนี้เป็น การนำเสนอประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็น บุพการี วิธีการปรับตัวของผู้ดูแลในการเผชิญปัญหา ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวันและการแก้ไขปัญหา รวมทั้งนำเสนอการเรียนรู้ที่ได้จากการปรับกลวิธีการดูแล จนประสบความสำเร็จ โดยตอนที่ 1 เป็นการนำเสนอ การดูแลเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน เรื่องเล็ก ๆ ที่ ไม่ง่ายอย่างที่คิด

โจทย์ในการดูแลที่นำมาถ่ายทอดประสบการณ์ ในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ วัย 94 ปี ที่มีโรคประจำตัว หลายโรค ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โดยมีประวัติเดิม เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อราว 22 ปีก่อน และเลือกมารับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน ร่วมกับ มีโรคพาร์กินสัน ทำให้การใช้น้ำหยดของไม่สะดวก และมีปัญหาต่อมลูกหมากโต ร่วมกับไส้เลื่อนที่ บริเวณขาหนีบ ที่ตรวจพบเมื่อปลายปีที่ผ่านมา โดย เป็นปัญหาใหม่ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตและก่อให้เกิด ความกังวลแก่ผู้สูงอายุพอสมควร ประเด็นสำคัญที่ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนการดูแล เกิดขึ้นภายหลัง การผ่านประสบการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากปัญหาหัวใจล้มเหลวและมีภาวะน้ำคั่งในปอด ซึ่ง แพทย์วินิจฉัยว่าเกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบและ มีปัญหาลิ้นหัวใจรั่วร่วมด้วย ในระหว่างเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลมีอาการสับสนและพฤติกรรมผิดปกติ เฉียบพลัน ต้องได้รับยานอนหลับและยาระงับอาการ สับสน ภายหลังรับการรักษาในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยให้คาสาชสวน

ปัสสาวะไว้ก่อน การดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน จึงเริ่มขึ้น

แม้จะได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าในการดูแล ที่บ้าน โดยจัดหาเตียงชนิดที่ปรับระดับและจัดให้นั่ง หรือพลิกตะแคงตัวได้ รวมทั้งสามารถใช้เป็นเตียง ขับถ่ายได้ และจัดหารถนั่งที่ใช้ขับถ่ายเคลื่อนที่ไว้ รองรับ และติดอุปกรณ์สัญญาณเตือนไว้ในตำแหน่ง ที่สามารถกดได้ง่ายเมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ แต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้สูงอายุ ยังไม่เคยชินกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และยังไม่ยอมรับการใช้อุปกรณ์ใหม่ สิ่งที่น่ายินดี ประการหนึ่ง คือ การได้ผู้ดูแลซึ่งเป็นหลานสาวแท้ ๆ ของผู้สูงอายุมาช่วยดูแล โดยจะเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นคนตาบอดใจมากที่สุด นอกเหนือจาก ผู้เขียนซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและเคยเป็นพยาบาล ที่ออกจากงานประจำและทำหน้าที่ดูแลแบบเต็มเวลา

ปัญหาที่พบจากการดูแลในช่วงแรก เป็นปัญหา เกี่ยวกับการปรับตัวทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อการรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดย ปัญหาหลักที่พบของผู้สูงอายุ มีดังนี้

ความเครียดและรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง
จากความจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้ ด้วยตัวเอง กลายเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ด้วยบุคลิกภาพเดิม ของผู้สูงอายุที่เป็นคนที่เชื่อมั่นในตนเองและเป็นคนเจ้าระเบียบ มีแบบแผน และค่อนข้างใจร้อน ต้องการ ทำสิ่งต่างๆ ให้สมบูรณ์แบบ ทำให้มีความรู้สึกกดดัน และโกรธตนเองที่ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ แม้เป็นเรื่อง ที่ง่าย ๆ ได้ อันเป็นผลจากโรคพาร์กินสัน เช่น มีปัญหา ในการหยิบจับสิ่งของ โดยแสดงคำพูดที่โกรธตนเอง เช่น “เรื่องแค่นี้ ทำไมทำไม่ได้” “มือของตนเอง ยังไม่เชื่อ ตัวเอง” นอกจากนี้ ปัญหาใหญ่อีกประการหนึ่ง คือ การขับถ่าย ซึ่งโดยปกติรับประทานยาเบาทุก 2 วัน และเดินเข้าห้องน้ำเองได้โดยใช้รถเข็นช่วยเดิน แต่ ภายหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่ามีปัญหาใน

การทรงตัว ไม่สามารถยืนได้ด้วยตนเองโดยปราศจาก
คนช่วยประคอง และมีอาการเหนื่อยหลังออกแรง
ทำกิจกรรม ทำให้ไม่สามารถเดินเข้าห้องน้ำได้เช่นเคย
การขยับแต่ละครั้งจึงเป็นความทุกข์และสร้างความ
เครียดให้ผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องใช้คนช่วย
หลายคนในการช่วยเหลือเพื่อการขยับ ตั้งแต่
การพาลงนั่งรถเข็นเคลื่อนย้ายที่มีอุปกรณ์รองรับ โดยให้
ผู้สูงอายุออกแรงน้อยที่สุด ในช่วงแรกเป็นการอุ้มลง
นั่งรถเข็นซึ่งนำมาวางไว้ใกล้เตียง เพราะผู้สูงอายุ
ปฏิเสธที่จะใส่แพมเพิร์ส เนื่องจากไม่เคยชินใน
การขยับบนเตียงและเกรงจะทำให้เกิดความสกปรก
เช่นเดียวกับการขยับปัสสาวะ ที่ช่วงแรกภายหลัง
ออกจากโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมีอาการปวดปัสสาวะบ่อย
แต่มีอาการปัสสาวะลำบาก ออกน้อย ทำให้เกิด
ความหงุดหงิด ขุ่นเคือง ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการ
หลายอย่าง เนื่องจากเดิมเคยนั่งห้อยเท้าข้างเตียง
และถ่ายปัสสาวะใส่กระบอก แต่ภายหลังออกจาก
โรงพยาบาลและมีปัญหาใส่เลื่อน ทำให้เข้าใจว่าเป็น
สาเหตุที่ทำให้ปัสสาวะลำบาก เมื่อไม่สามารถนั่งปัสสาวะ
ข้างเตียงได้เพราะมีปัญหาการทรงตัวเมื่อต้องนั่งนาน ๆ
จึงใช้วิธีการอุ้มประคองให้นั่งถ่ายปัสสาวะบนรถเข็น
สำหรับขยับ ซึ่งมีที่รองแขนสำหรับจับประคองตัว
และมีพนักพิง โดยในช่วงแรกมี อาการปวดปัสสาวะ
ทุก 2-3 ชั่วโมง บางครั้งปัสสาวะออกน้อย แต่ยัง
ต้องพาลงนั่งรถเข็นข้างเตียง ซึ่งต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย
2 คน ในการช่วยเหลือ เนื่องจากท่านั่งที่ไม่สุขสบาย
ทำให้ปัสสาวะไม่ออก การขึ้นลงเตียงบ่อย ๆ ทำให้
ผู้สูงอายุเกิดความเหนื่อยและพักผ่อนได้ไม่เต็มที่
แต่ยังคงปฏิเสธการใส่แพมเพิร์สเพราะไม่เคยชิน ซึ่ง
คำพูดที่แสดงถึงความเครียดของผู้สูงอายุ ที่พูดทุกครั้ง
เมื่อต้องการขยับ คือ “ไม่อยากต้องลำบากกลุ่กลาน
เบื่อสังขารตัวเองเต็มทนแล้ว...” “ไม่อยากจะกวนเลย
แต่ทำเองไม่ได้ อยู่ให้ลำบากกลุ่กลาน...”

ความรู้สึกไม่มั่นใจเกี่ยวกับความปลอดภัย
การที่ต้องคาสาขสวณปัสสาวะทำให้ผู้สูงอายุเกิด
ความวิตกกังวลและเป็นห่วงว่าจะนอนทับสาย หรือ
ทำให้สายสวณปัสสาวะหลุด ส่งผลต่อท่านอน โดยนอน
ในลักษณะเกร็งในท่าเดิม นอนนิ่งๆ ไม่ค่อยขยับตัว
และยังส่งผลต่อการนอนหลับ ทำให้ตื่นบ่อย บอกว่า
ต้องคอยระวังสาย นอกจากนี้ยังต้องการเปลี่ยน
ตำแหน่งในการตรึงสายสวณปัสสาวะให้ติดกับต้นขา
ด้านในโดยให้เหตุผลว่าระวังได้ง่าย ช่วงที่คาสาขสวณ
ปัสสาวะเป็นช่วงที่ต้องดูแลด้วยความระมัดระวัง
เนื่องจากต้องรับประทานยาที่ป้องกันการแข็งตัวของ
เลือด จากการสังเกตของผู้เขียนพบว่า น้ำปัสสาวะ
ในช่วงกลางคืนมักมีสีแดง แต่ช่วงกลางวันเป็นสีเหลือง
ใสปกติ จึงคาดว่าอาจเนื่องมาจากการขยับเขยื้อนขา
ข้างที่ติดสายสวณปัสสาวะ และอาจทำให้ปลายสายสวณ
ปัสสาวะเคลื่อนไปชนผนังและเป็นเหตุให้มีเลือดออก
ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับวันที่มีการทำกายภาพบำบัด
โดยนักกายภาพบำบัดมาฟื้นฟูสภาพให้สัปดาห์ละ
2 ครั้ง ในช่วงเย็น จึงได้พูดคุยปัญหาให้นักกายภาพบำบัด
รับทราบและระมัดระวังในการเคลื่อนไหวขาข้างที่
ตรึงสาย และเมื่อทราบว่าปัสสาวะมีเลือดปน ยิ่งทำให้
ผู้สูงอายุเกิดความกังวลมากขึ้น จึงได้มีการตกลงกันใหม่
เกี่ยวกับตำแหน่งที่เหมาะสมในการตรึงสายสวณ
ปัสสาวะที่จะลดการกระทบกระเทือนขณะเคลื่อนไหว
ความรู้สึกไม่มั่นใจเกี่ยวกับความปลอดภัยทำให้ผู้สูงอายุ
เกิดความกังวลในทุกกิจกรรมที่ผู้ดูแลร่วมทำให้ โดย
ต้องให้ผู้เขียนอยู่ด้วยเสมอ ทำให้ในช่วงแรกของการ
ปรับตัว ผู้ดูแลหลักไม่สามารถออกไปทำภารกิจ
ส่วนตัวนอกบ้านได้

ความรู้สึกไม่มั่นใจยังส่งผลต่อความร่วมมือ
ในการทำหัตถการที่ผู้สูงอายุไม่มีประสบการณ์มาก่อน
โดยปฏิเสธการช่วยเหลือแม้จะอธิบายเหตุผลให้ฟัง
ก็ตาม จากปัญหาที่มีเลือดออกปนมากับน้ำปัสสาวะ

ได้มีการปรึกษาแพทย์ประจำตัว ซึ่งให้ความเห็นว่าเป็นเรื่องที่น่าจะเกิดขึ้นได้จากการได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด โดยแพทย์เห็นว่าไม่จำเป็นต้องคายสวนไว้หากสามารถปัสสาวะเองได้ ผู้เขียนจึงอธิบายให้ผู้สูงอายุทราบและถามความเห็นในการทดลองถอดสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ปัสสาวะเอง ซึ่งผู้สูงอายุยินยอมให้มีการถอดสายสวนปัสสาวะ แต่เมื่อถึงขั้นตอนการถอดสายสวนปัสสาวะ ซึ่งต้องดูน้ำออกจากบอลลูนก่อนการถอดสาย ผู้สูงอายุไม่ยอมให้ถูกสายสวนปัสสาวะ เพราะมีอาการเจ็บ และเข้าใจว่าสายสวนปัสสาวะจะเลื่อนออกมาเองได้ กว่าจะยินยอมให้ทำ ต้องอธิบายเหตุผลซ้ำหลายครั้ง แม้ว่าจะให้การดูแลอย่างเบามือและระมัดระวัง แต่ผู้สูงอายุก็ยังรู้สึกว่าเป็นผู้ถูกรังแกทำให้เกิดความเจ็บปวดและต้องจำใจยอมรับ โดยมีอาการเครียดและหงุดหงิด อารมณ์เสีย

การปรับตัวเข้าสู่สถานการณ์ใหม่ ภายหลังที่ผู้สูงอายุได้ผ่านการเปลี่ยนวิธีการหลายรูปแบบและเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองได้ ความตึงเครียดในการดูแลก็เริ่มคลี่คลาย การที่ต้องถูกลดลงจากเตียงเพื่อไปนั่งถ่ายปัสสาวะที่รถเข็นทุก 2-3 ชั่วโมง ทำให้เกิดความเหนื่อยทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งในช่วงแรกผู้เขียนซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักทำหน้าที่เฝ้าทุกคืน ตลอด 1 เดือน และต้องดูแลช่วงกลางวันด้วย ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอและน้ำหนักลด ซึ่งผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและเห็นใจ จึงยินยอมนอนปัสสาวะบนเตียงโดยใช้กระบอกพลาสติก รวมทั้งยินยอมให้ใส่แพมเพิร์สในช่วงกลางคืน โดยให้เวลาเป็นเดือนกว่าจะให้การยอมรับวิธีการดังกล่าว หลังจากปฏิเสธอย่างแข็งขันมาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจดังกล่าวยังคงมีการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาเมื่อปัสสาวะล้นแพมเพิร์สและเปียกที่นอนเป็นบางครั้ง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผิดและมีความเกรงใจ โดยมองว่าเป็นเรื่องที่น่าอับอาย ที่ทำให้ผู้อื่นลำบาก แม้จะใส่แพมเพิร์สแล้ว แต่หากมีอาการปวดปัสสาวะขณะตื่นอยู่ จะขอปัสสาวะ

โดยใช้กระบอกพลาสติกกรองแทน ด้วยเหตุผลคือไม่ต้องการให้เปียกที่นอน ซึ่งทำให้เกิดความยุ่งยากและเป็นภาระในการนำไปทำความสะอาด สำหรับการปรับตัวด้านการขับถ่ายอุจจาระ ยังคงเป็นปัญหาคือ ไม่ต้องการใส่แพมเพิร์ส จึงได้จัดหารถเข็นเคลื่อนย้ายแบบใหม่ที่จะเคลื่อนย้ายไปยังห้องน้ำและปรับระดับให้สามารถรอบโค้ง และนั่งถ่ายบนรถเข็นได้โดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายขึ้นลงบ่อยครั้ง รวมทั้งสามารถเป็นรถนั่งอาบน้ำได้ด้วย ทำให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการขับถ่ายและการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย มีความคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น

ส่วนการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารเป็นเรื่องที่ต้องปรับตัวพอสมควร เนื่องจากผู้สูงอายุมีการป่วนรบกวนในการถือศีล 8 ทุกวัน ไปตลอดชีวิต ซึ่งเดิมจะไม่รับประทานอาหารเป็นเวลา 12.00 น. และปฏิบัติตามก่อนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ แม้ในขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งแพทย์พยาบาลได้ชี้แจงความจำเป็นในการรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ เนื่องจากอยู่ในระหว่างการเจ็บป่วย แต่ผู้สูงอายุยังคงยืนยัน โดยไม่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงเจตนาธรรม จึงได้มีการต่อรองให้รับประทานอาหารในช่วงเย็น เนื่องจากมียาที่ต้องรับประทานหลังอาหาร ซึ่งต้องโน้มน้าวเป็นอย่างมากให้เกิดการยอมรับสำหรับชนิดของอาหาร เป็นข้าวต้มที่ต้องต้มให้นุ่มและน้ำค่อนข้างแห้ง โดยต้องปรับเพิ่มปริมาณให้ใกล้เคียงกับปริมาณที่เคยรับประทาน 3 มื้อ และปรับเรื่องเวลาในการรับประทานอาหารไม่ให้ติดกันเกินไป รวมทั้งให้มือกกลางวันเร็วขึ้นเพื่อรับประทานเสร็จก่อนเวลา 12.00 น. โดยในการรับประทานแต่ละครั้ง จะใช้เวลาในการป้อนประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง

สำหรับการพักผ่อน ปกติจะนอนเร็วประมาณทุ่มครึ่งถึงสองทุ่ม แต่ตื่นบ่อยช่วงกลางคืน โดยเริ่มต้นประมาณตีสอง และล้างหน้า สวดมนต์ นั่งสมาธิ

จนถึงดีแล้วจึงเริ่มเปิดทีวีฟังธรรมะ แต่ภายหลังการเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้นั่งนานไม่ได้ เพราะมีอาการมึนศีรษะ ซึ่งผู้สูงอายุได้ทดลองนั่งสวดมนต์แล้วมีอาการเวียนศีรษะ หาวบ่อย และคลื่นไส้ อาเจียน หลังจากนั้นจึงได้งดกิจกรรมนี้ไป โดยให้การนอนพักผ่อน การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องนอน จะเปิดไฟอ่อนๆ จากโคมไฟในช่วงกลางคืน เพื่อให้มองเห็นและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

มีคำกล่าว 3 สิ่ง ที่เป็นเรื่องยากยิ่ง ประการแรกคือการจัดการกับสัมพันธภาพที่มีปัญหาระหว่างพ่อแม่กับลูก หรือระหว่างพี่น้องกับพี่น้อง ประการที่สองคือการให้เกียรติและให้อิสระแก่ผู้สูงอายุ อาจเป็นเรื่องที่ยาก โดยเฉพาะเมื่อเกิดวิกฤตสุขภาพและความเสื่อมถอย และประการที่สาม คือ การให้ผู้สูงอายувางแผนการดูแลตามความพอใจ มักเป็นเรื่องที่ยากจะเห็นได้ว่า ในมุมมองของสังคม การดูแลผู้สูงอายุจัดเป็นประเด็นที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งเป็นเรื่องจริงที่ไม่อาจปฏิเสธได้

สิ่งที่ได้เรียนรู้ในช่วงระยะเวลาของการปรับตัวทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแลครั้งนี้ คือ ได้ทบทวนทำความเข้าใจในความหมายของคำว่า ชีวิต ในมุมมองของผู้สูงอายุ เรียนรู้ที่จะเข้าใจคำพูดและสิ่งที่ผู้สูงอายุสื่อออกมา ซึ่งบางครั้งไม่สื่อออกมาเป็นคำพูด แต่เป็นภาษากาย เช่น การชี้มือ การแสดงสีหน้า แววตา อารมณ์ โดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ แม้ว่าการสร้างความรู้สึกร่วมในสถานการณ์การเจ็บป่วยเพื่อให้เกิดการเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้สูงอายุจะเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ยากด้วยความเป็นลูก แต่สิ่งที่ดูเหมือนจะมีปัญหาในช่วงของการปรับตัว คือ การรับรู้ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุ ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา โดยเฉพาะหากไม่ได้สื่อสารโดยคำพูด ซึ่ง

ต้องมีการถามเพื่อทบทวนความเข้าใจว่าตรงกับที่ท่านต้องการสื่อสารหรือไม่ รวมถึงการปรับตัวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก และหาจุดที่ลงตัวในการสร้างความร่วมมือ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในแต่ละกิจกรรม อันเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องคิดและปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ในขณะที่ผู้สูงอายุไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ซึ่งบางครั้งก่อให้เกิดความขัดแย้งในความคิด ผู้ดูแลต้องหาวิธีในการอธิบายให้เข้าใจและร่วมมือ โดยเชื่อมโยงการรับรู้ต่อเหตุการณ์กับสิ่งที่เป็นความศรัทธาและความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม วิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับและเกิดกลไกในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์เป็นสิ่งที่ไม่ตายตัว ต้องอาศัยการสังเกตและปรับเปลี่ยนกลวิธีไปในแต่ละครั้ง โดยต้องเป็นความยินยอมพร้อมใจของผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีการผสมผสานความรู้ในศาสตร์การดูแลกับสัญชาตญาณ ความรัก ความเข้าใจ และความศรัทธาต่อการดูแลบุพการี ทั้งนี้ประสบการณ์สำคัญประการหนึ่งที่พบจากการดูแลคือการบอกความจริงหรือการอธิบายในเชิงการแพทย์หรือเชิงวิชาการเมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ไม่ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับ ต่างจากเมื่อผู้สูงอายุนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและมีสถานะเป็นผู้ป่วยที่จะยอมปฏิบัติตามแพทย์และพยาบาลและร่วมมือได้โดยง่าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นการดูแลในบทบาทของลูก แม้ผู้ดูแลจะเป็นพยาบาลก็ตาม ซึ่งเป็นความละเอียดอ่อนในการดูแล สิ่งที่ทำให้เกิดความร่วมมือและเกิดความสำเร็จในการดูแล คือ การยอมรับและทำตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยมีสิ่งที่ทำทนาย คือ การผสมผสานให้เกิดความลงตัวระหว่างเหตุผลทางการแพทย์กับวิธีการดูแลที่ผู้สูงอายุยินยอมด้วยความพอใจ

