



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565 Vol. 33 No. 1 January - June 2022



รายงานการวิจัย

- การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
- ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำ
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
- ผลของโปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาลต่อระดับเสียงในหอผู้ป่วยหนักการแรกเกิด
- ปัจจัยทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี
- การศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
- ผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพติดของวัยรุ่นติดสารแอมเฟตามีน
- ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบตัดแปลง
- รูปแบบการเรียนรู้และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
- การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดทำลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง
- การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี
- ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาระการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
- การพัฒนาและการศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาล ที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก
- การพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชนในจังหวัดชลบุรี
- ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนังในผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน
- แนวคิดความไว้วางใจใ้กับปฏิบัติทักษะวิชาชีพในการศึกษาพยาบาล

บทความพิเศษ

- ขอบคุณโอกาสที่ได้เรียนพยาบาล

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565 Vol. 33 No. 1 January - June 2022

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชูณหปราง
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ช.ทองเกษร ลาตพร้าว 71 กรุงเทพฯ)
ดร.มณฑนา เหมชะญาติ
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ดร.สนธยา มณีรัตน์
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

ดร.รุ่งนภา เชี่ยวชะอ้า
Ph.D. (Nursing Study)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

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

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. นางคณิศร เจริญกิจ | ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล |
| 2. นางกรรณิการ์ พรงาม | ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ |

ฝ่ายจัดการ

- นางสาวชญาณี สันติสูงเนิน
- นางสาวชลิตา วรวิมลพิศาล

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 สกูลสันติพร เสด็จ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 6. รศ. ดร.ปรารธนา สติชัยวิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาว จันทนะโตสถ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 10. ผศ. ดร.เพชรรัตน์ เจริญรอด | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 11. ผศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 12. ผศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 13. ดร.ดาราวรรณ รองเมือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 14. ดร.ทองสวย สีทามนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 15. ดร.รัชชนก กลิ่นชาติ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. ดร.ธัสมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 19. ดร.ชญาดา เนตร์กระจ่าง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 20. ดร.มธุรดา บรรจงการ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 21. ผศ. ดร.ปราณี ชีโรโสภณ | นักวิชาการอิสระ |
| 22. ดร.ชดช้อย วัฒนนะ | นักวิชาการอิสระ |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565 Vol. 33 No. 1 January - June 2022

หน้า

รายงานการวิจัย

- การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและ
ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล
และสุขภาพของญาติผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 1
ชวนชม พิชพันธ์ไพศาล อังคินันท์ อินทรกำแหง ปิยดา สมบัติวัฒนา
- ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อการซึมเศร้าใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำ 14
ณัฐวิตรา ฤกษ์รัตนประทีป ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา
วณิช กิตติสัมพันธ์
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ
โควิด 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา 25
วิญญูทัศนัย บุญทัน สิริพันธ์ คณานุรักษ์
- ผลของโปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาลต่อระดับเสียงในหอผู้ป่วยหนัก
การก่อกำเนิด 38
ทิพย์วัลย์ วงศ์คำปัน จุฑามาศ โชติบาง พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น
- ปัจจัยทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายในจังหวัดชลบุรี 51
กฤษณพงษ์ ลากผล นิสากร กรุงไกรเพชร สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ
- การศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในโรงพยาบาลสวนปรุง
จังหวัดเชียงใหม่ 67
จิราวรรณ เดชธรรม สมบัติ สกลพรรณ ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 80
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
อาทิตย์ เียนท่าเรือ ฐังระวี นาวิเจริญ
- ผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของ
ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน 93
พุทธรักษา ศรีสุวรรณ สมบัติ สกลพรรณ หรรษา เศรษฐบุปผา

ส
า
ร
บ
ญ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565 Vol. 33 No. 1 January - June 2022

ส
า
ร
บ
ญ

- | | หน้า |
|--|------|
| • ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดก้อนรากแบบดัดแปลง
วิภาศิริ นราพงษ์ จีรารณ ศรินชัชวรงค์ | 107 |
| • รูปแบบการเรียนรู้และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
อึ้งคำ สีหราช อภิรัตน์ นันทศุภวัฒน์ เพชรสุณีย์ ทังเจริญกุล | 123 |
| • การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด
ศัทธา วสุธาดา เพ็ญภา พิชัยพันธุ์ ดารารณ ร่องเมือง
อนุชิต สว่างแจ้ง โรจน์เมธิ์ ้วยกุล | 136 |
| • ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง
ชนากา สมใจ โรจน์ จันทนาวัฒน์ พนิดา จันทโสภณพันธ์ | 153 |
| • การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี
ราตรี อร่ามศิลป์ วรณศิริ ศรีสุข อรวิชา บรรณาทองษ์
จุไรลักษณ์ เจตอารีทรัพย์ | 167 |
| • ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
ณัฐพัชร์ การ์ณยศิลป์ ฉวี เบาทรวง นันทพร แสนศิริพันธ์ | 181 |
| • การพัฒนาและการศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก
สรสา วาณิชมนตรี บุศริน เอี้ยวสีหยก | 192 |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

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

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565 Vol. 33 No. 1 January - June 2022

ส
า
ร
บ
ญ

- | | หน้า |
|--|------|
| • การพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชนในจังหวัดชลบุรี
ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ บุญเลี้ยง ทุมทอง | 211 |
| • ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหงื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี
สมพงษ์ นาคพรม ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน สนธยา มณีรัตน์ | 224 |
| • ผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล
จิตติยา สมบัติบุรณ์ นุชนาก ประภาศ | 239 |

บทความวิชาการ

- | | |
|--|-----|
| • บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนังในผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน
ณยภา ธนกิจธรรมกุล | 251 |
| • แนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพในการศึกษาการพยาบาล
สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล วรนุช ไชยวาน รวีวรรณ เผ่ากัณหา
อัญชลี อ้วนแก้ว ภัทรากุล บึงมุ่ม | 264 |

บทความพิเศษ

- | | |
|--|-----|
| • ขอบคุณโอกาสที่ได้เรียนพยาบาล
รุ่งอรุณ ศักสงคราม | 275 |
|--|-----|

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งบริบทในหอผู้ป่วยและในชุมชน และด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนังในผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน และแนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพในการศึกษาการพยาบาล สำหรับบทความพิเศษนั้น นำเสนอเกี่ยวกับการขอบคุณโอกาสที่ได้เรียนพยาบาล ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำวารสารมุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่างๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่างๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข เช่นเคย หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษในวารสาร ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

รุ่งนภา เชี่ยวชะอำ
บรรณาธิการ

การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม มีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง **Analysis of Structural Equation Model Health Empowerment and Environmental Health Literacy to Effect Caring Participation Behavior and Well-being of Bedridden Patient's Caregivers**

ชวนชม พีชพันธุ์ไพศาล, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ¹

Chuanchom Peachpunsisal, 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: April 16, 2022 Revised: June 5, 2022 Accepted: June 10, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณพหุวิธี เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมการโครงสร้างการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และศึกษาขนาดของอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม ของปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok 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

260 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยปัจจัยด้านทรัพยากรบุคคล มีค่าความเชื่อมั่น .74 ปัจจัยทรัพยากรบริบททางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .72 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .77 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีค่าความเชื่อมั่น .81 พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .86 และสุขภาพของญาติผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .75 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง

ผลการวิจัยพบว่า โมเดลสมการโครงสร้างสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า $\chi^2 = 128.48$, $df = 104$, $p\text{-value} = .052$, $\chi^2/df = 1.23$, $RMSEA = .04$, $RMR = .05$, $GFI = .91$, $CFI = .99$ และ $AGFI = .84$ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรในโมเดลทั้งหมด 6 ตัวแปร แบ่งออกเป็นตัวแปรภายนอก 3 ตัวแปร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบททางสังคม และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และตัวแปรภายใน 3 ตัวแปร ได้แก่ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาพของญาติผู้ดูแล ซึ่งมีตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลเป็นตัวแปรตาม โดยตัวแปรทั้งหมดส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรมีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพให้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง รวมทั้งส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีคุณภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โมเดลสมการโครงสร้าง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล สุขภาวะ ญาติผู้ดูแล

Abstract

This sequential quantitative method aimed to examine the harmony of structural equation model health empowerment and environmental health literacy to effect caring participation behavior and well-being of bedridden patient's caregivers and study the weight of direct effect, indirect effect, and total effect of causal factors effecting on caring participation behavior and well-being of bedridden patient's caregivers. The samples were 260 bedridden patient's caregivers in Muang District, Chanthaburi Province. The research instrument was a questionnaire of the opinions regarding health empowerment and environmental health literacy factors to effect caring participation behavior and well-being of bedridden patient's caregivers: human resource with reliability as .74, social resource with reliability as .72, health empowerment with reliability as .77, environmental health literacy with

reliability as .81, caring participation behavior with reliability as .86, and well-being of caregivers with reliability as .75. Data were collected from October to December, 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and structural equation modeling analysis.

The results presented that structural equation model of well-being of bedridden patient's caregivers conformed with empirical data by consisting with $\chi^2 = 128.48$, $df = 104$, $p\text{-value} = .052$, $\chi^2 / df = 1.23$, RMSEA = .04, RMR = .05, GFI = .91, CFI = .99, and AGFI = .84. The model was composed of six variables. The variables classified three exogenous variables and three endogenous variables. Exogenous variables were human resource, social resource, and environmental health literacy. Endogenous variables were health empowerment, caring participation behavior, and well-being of caregivers. Dependent variables were caring participation behavior and well-being of caregivers. All of six variables influenced both direct effect and indirect effect on caring participation behavior and well-being of caregivers.

This research suggests that health care providers should enhance health empowerment as well as promote environmental health literacy for bedridden patient's caregivers. This will help improve the quality of care of bedridden patients.

Keywords: Structural equation model, Health empowerment, Environmental health literacy, Caring participation behavior, Well-being, Caregivers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (bedridden patient) เป็นผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และต้องนอนบนเตียงเป็นระยะเวลานาน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันทั้งหมด ซึ่งการนอนอยู่บนเตียงนานๆ จะส่งผลให้เกิดอาการแทรกซ้อนและทำให้อาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้นจนอาจเสียชีวิตได้ โดยปัญหาแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต คือ การติดเชื้อในร่างกาย ซึ่งการติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อจากแผลกดทับ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นโรค 1 ใน 6 โรคเรื้อรัง

ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง และควรได้รับการดูแลช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ, 2559)

ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น ทำให้มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว เนื่องจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยลงหรือไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง (ณัชศพา หลงผาสุข, สุปรัดดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2561) และจากการศึกษาของศิริณี ศรีหาภาค,

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง (2557) พบว่า มากกว่า 2 ใน 3 ของญาติผู้ดูแล มีปัญหาสุขภาพทางกาย และมากกว่า 4 ใน 5 มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยสาเหตุของปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล คือ ญาติผู้ดูแลขาดความพร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เช่น ขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพแวดล้อมที่ถูกต้อง ขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยผ่อนแรงในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า ท้อแท้ และมีความเครียดในระดับสูง (จุฑาทิพย์ กอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล, 2555; ชลกร ทรงศรี และณรงค์ จันทรแก้ว, 2562) ซึ่งจากภาระหน้าที่และงานที่หนักนี้ ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้พลังงานพล้งใจอย่างมากในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

จากปัญหาความไม่พร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่เป็นผลจากการไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค การไม่ทราบหลักการดูแลสุขภาพผู้ป่วย รวมถึงการไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกหลักอนามัย ซึ่งการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกหลักอนามัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของปัญหาการติดเชื้อในร่งกาย ดังนั้น การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental health literacy [EHL]) จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกหลักอนามัยและช่วยให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงปลอดภัย สามารถป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ ได้ นอกจากนี้ ปัญหาการทำหน้าที่ที่หนักในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงยังส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ จึงต้องใช้พลังงานพล้งใจอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงควรได้รับการเสริมสร้างพลังกายพล้งใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้

ทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ นำไปสร้างและพัฒนาโมเดลเพื่อพัฒนาพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยทฤษฎีนี้เชื่อว่า แหล่งทรัพยากรบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมสามารถนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ และนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงสาเหตุด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบททางสังคม ของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมการโครงสร้างการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

สมมติฐานการวิจัย

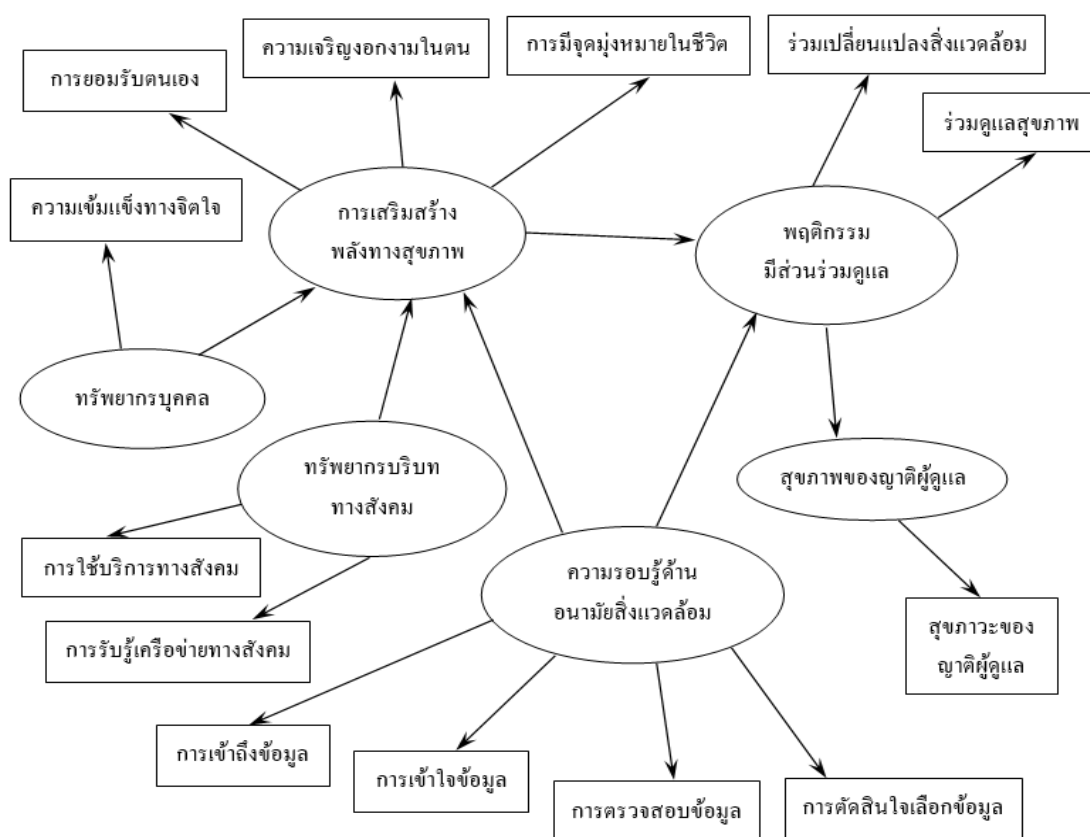
1. ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบททางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
2. การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
3. พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของญาติผู้ดูแล (นิสาชล นาคกุล, 2561; ฤทธิชัย แกมมณ และสุภัชชา พันเลิศพาณิชย์, 2559) ซึ่งพบว่า การทำ

หน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่หนัก ต้องใช้การเสียสละ ทุ่มเทพลังกายพลังใจอย่างมากในการทำหน้าที่ให้บรรลุ เป้าหมายสำคัญ คือ การทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ในสังคม ได้ต่อไป และปลอดภัยจากปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจ เกิดขึ้นได้ ดังนั้น การหาแนวทางเพื่อให้ญาติผู้ดูแล สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้ อย่างมีคุณภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยลดปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

มีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Theory) และความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล สรุปเป็นโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบททางสังคมของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณพหุวิธี (sequential quantitative method)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัว 3) สามารถสื่อสารด้วยการอ่านและการเขียนได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยได้พิจารณาถึงลักษณะข้อมูลการวิจัยที่ต้องใช้สถิติวิเคราะห์ขั้นสูง คือ การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation modeling [SEM]) จึงกำหนดขนาดตัวอย่างให้สอดคล้องกับการใช้สถิติเป็นเบื้องต้น คือ ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เป็นเกณฑ์สำหรับการกำหนดขนาดตัวอย่าง คือ ต้องมีขนาดตัวอย่าง 20 คน ต่อ 1 พารามิเตอร์ (Hair Jr, Black, Babin, & Anderson, 2010) โดยตัวแปรที่ใช้มีจำนวน 13 ตัวแปร การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม ตามอัตราส่วนของญาติผู้ดูแลในแต่ละตำบล ในจังหวัดจันทบุรี

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านทรัพยากรบุคคล จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัจจัยทรัพยากรบริบททางสังคม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 5 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 7 สุขภาวะของญาติผู้ดูแล จำนวน

15 ข้อ รวมจำนวน 95 ข้อ โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ และส่วนที่ 2-7 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ความตรงตามเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .80-.92 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตอำเภอท่าใหม่ อำเภอขลุง และอำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช โดยปัจจัยด้านทรัพยากรบุคคล ได้ค่าเท่ากับ .74 ปัจจัยทรัพยากรบริบททางสังคม ได้ค่าเท่ากับ .72 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ได้ค่าเท่ากับ .77 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ค่าเท่ากับ .81 พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล ได้ค่าเท่ากับ .86 และสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ได้ค่าเท่ากับ .75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เอกสารรับรอง เลขที่ SWUEC-G-121/2564E วันที่ 22 เมษายน 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานหัวหน้างานสังคมสงเคราะห์จังหวัดจันทบุรี ซึ่งรับผิดชอบงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตอำเภอเมือง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีประสบการณ์ในงานวิจัย จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยร่วมเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ช่วยผู้วิจัย 1 ครั้ง เมื่อประเมินว่าผู้ช่วยผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้ถูกต้อง จึงขอให้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อ จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ ส่วนผู้ที่ไม่สะดวกออกนอกบ้าน ผู้ช่วยผู้วิจัยไปพบที่บ้าน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 30–40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2564

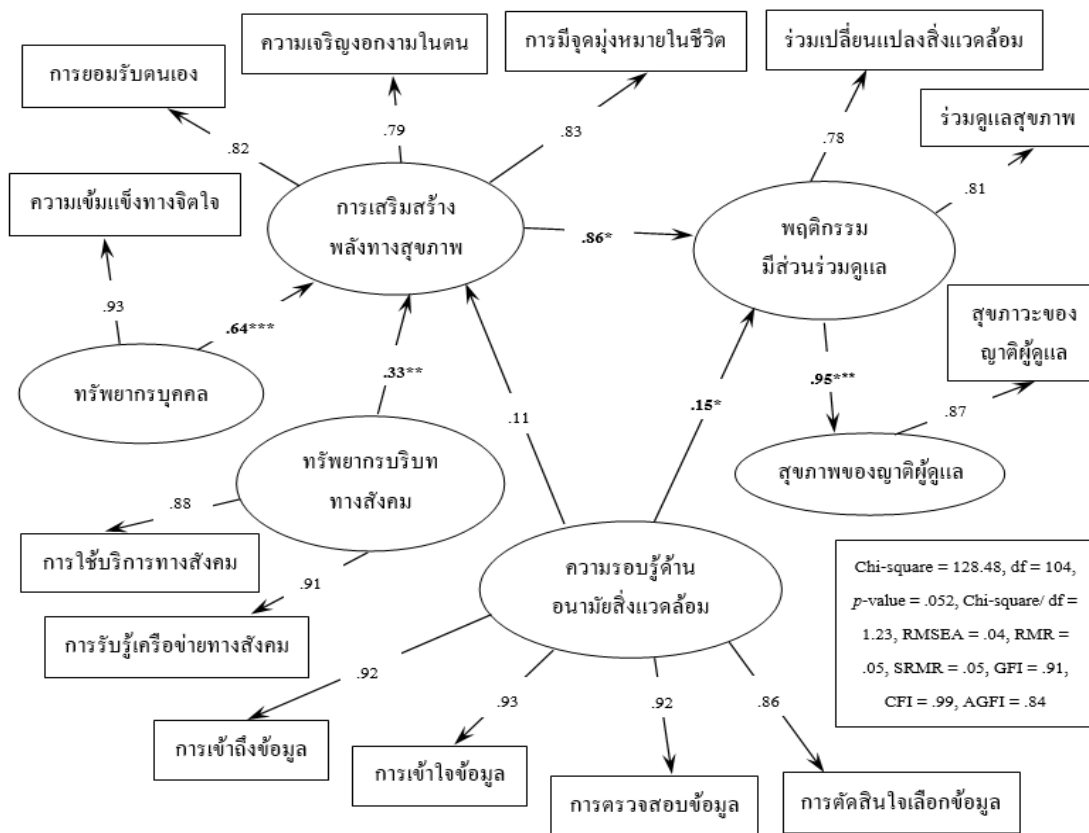
การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสมมติฐาน ใช้สถิติการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) ส่วนการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์และคำนวณขนาดอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของปัจจัย ใช้ค่าไคสแควร์ (Chi-square) ค่านัยสำคัญทางสถิติ (p -value) ค่าไคสแควร์ต่อค่าองศาอิสระ (Chi-square/ df) ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (root mean square error of

approximation [RMSEA]) ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (CFI) และดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76 มีอายุเฉลี่ย 55.50 ปี ($SD = 9.10$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54 สถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบุตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.20 และระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย คือ 1 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.60

2. การตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมการโครงสร้างการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พบว่ามีความสอดคล้องกันโดยพิจารณาจากค่าไคสแควร์มีค่าเท่ากับ 128.48 ที่องศาอิสระเท่ากับ 104 ค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .052 ค่าไคสแควร์ต่อค่าองศาอิสระ (Chi-Square/ df) เท่ากับ 1.23 ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (RMSEA) เท่ากับ .04 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ .91 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ .99 และดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .84 ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 โมเดลสมการโครงสร้างสุขภาวะของญาติผู้ดูแล

จากแผนภาพที่ 2 พบว่า โมเดลสมการโครงสร้าง สุขภาวะของญาติผู้ดูแลหลังการปรับโมเดลมีความสอดคล้อง กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรในโมเดล ทั้งหมด 6 ตัวแปร แบ่งออกเป็นตัวแปรภายนอก (exogenous variable) 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) ทรัพยากร บุคคล 2) ทรัพยากรบริบททางสังคม และ 3) ความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และตัวแปรภายใน (endogenous variable) 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) การเสริมสร้างพลังทาง สุขภาพ 2) พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และ 3) สุขภาวะ

ของญาติผู้ดูแล ซึ่งมีตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาวะของญาติผู้ดูแลเป็นตัวแปรตาม โดยตัวแปร ทั้งหมดส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมมี ส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ เมื่อนำมาเขียนอธิบายในรูปแบบความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุของตัวแปรปัจจัยแต่ละตัว ที่มีอิทธิพลต่อ สุขภาวะของญาติผู้ดูแล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน ของอิทธิพลในแต่ละตัวแปร จึงได้รายละเอียดดังตารางที่ 1

สำหรับการศึกษาน้ำหนักของอิทธิพลทางตรง (direct effect [DE]) อิทธิพลทางอ้อม (indirect effect [IE]) และอิทธิพลรวม (total effect [TE]) ของปัจจัยเชิงสาเหตุของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและ

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง สามารถพิจารณาได้จากตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานของอิทธิพลของตัวแปรในโมเดลสมการโครงสร้างสุขภาพของญาติผู้ดูแล

ตัวแปร	การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ			พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล			สุขภาพของญาติผู้ดูแล		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
ทรัพยากรบุคคล	.64*** (.08) 8.42	-	.64*** (.08) 8.42	-	.55*** (.07) 8.02	.55*** (.07) 8.02	-	.53*** (.07) 7.97	.53*** (.07) 7.97
ทรัพยากรบริบททางสังคม	.33* (.15) 2.14	-	.33* (.15) 2.14	-	.28* (.13) 2.12	.28* (.13) 2.12	-	.27* (.13) 2.11	.27* (.13) 2.11
ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	.11 (.15) .76	-	.11 (.15) .76	.15* (.07) 1.99	.10 (.13) .75	.25 (.13) 1.90	-	.23* (.12) 1.98	.23* (.12) 1.98
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	-	-	-	.86*** (.11) 8.18	-	.86*** (.11) 8.18	-	.82*** (.10) 8.01	.82*** (.10) 8.01
พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล	-	-	-	-	-	-	.95*** (.10) 9.72	-	.95*** (.10) 9.72
R ²	.93			.96			.91		

หมายเหตุ * หมายถึง $p < .05$, ** หมายถึง $p < .01$, และ *** หมายถึง $p < .001$

จากตารางที่ 1 พบว่า ตัวแปรในโมเดลอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 91 โดยพบว่า สุขภาวะของญาติผู้ดูแลได้รับอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมจากตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่อยู่ในโมเดลทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) ทรัพยากรบุคคล 2) ทรัพยากรบริบททางสังคม 3) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 4) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และ 5) พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละตัวแปร ดังนี้

1. สุขภาวะของญาติผู้ดูแล

1.1 อิทธิพลรวม (TE) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลมากที่สุดคือ พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล ($\beta = .95, p < .001$) รองลงมา คือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ($\beta = .82, p < .001$) ทรัพยากรบุคคล ($\beta = .53, p < .001$) และทรัพยากรบริบททางสังคม ($\beta = .27, p < .05$) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลรวมต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลน้อยที่สุด คือ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\beta = .23, p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรทุกตัวในโมเดลมีอิทธิพลทางบวกต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแล โดยเมื่อตัวแปรต่าง ๆ เพิ่มระดับขึ้น จะส่งผลให้ตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นในระดับที่แตกต่างกันตามค่าอิทธิพลที่มีต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแล

1.2 อิทธิพลทางตรง (DE) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลมีเพียงตัวแปรเดียว คือ พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล ($\beta = .95, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลเพิ่มระดับขึ้น จะส่งผลให้ตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

1.3 อิทธิพลทางอ้อม (IE) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลมี 4 ตัวแปร ได้แก่ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ($\beta = .82, p < .001$) ทรัพยากรบุคคล ($\beta = .53, p < .001$) ทรัพยากรบริบททางสังคม ($\beta = .27,$

$p < .05$) และความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\beta = .23, p < .05$) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมเหล่านี้เพิ่มระดับขึ้น จะส่งผลให้ตัวแปรอื่นๆ เพิ่มขึ้น จากนั้นตัวแปรเหล่านั้นจึงส่งผ่านอิทธิพลต่อไปยังตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลให้เพิ่มขึ้นตามภาพของโมเดล

2. พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล

2.1 อิทธิพลรวม (TE) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมต่อตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลมากที่สุดคือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ($\beta = .86, p < .001$) รองลงมา คือ ทรัพยากรบุคคล ($\beta = .55, p < .001$) และทรัพยากรบริบททางสังคม ($\beta = .28, p < .05$) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลรวมต่อตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล คือ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\beta = .25, p > .05$) แสดงให้เห็นว่า มี 3 ตัวแปรในโมเดล ที่มีอิทธิพลทางบวกต่อตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล โดยเมื่อตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร เพิ่มระดับขึ้น จะส่งผลให้ตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลเพิ่มขึ้นในระดับที่แตกต่างกันตามค่าอิทธิพลที่มีต่อตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล

2.2 อิทธิพลทางตรง (DE) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลมี 2 ตัวแปร ได้แก่ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ($\beta = .86, p < .001$) และความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\beta = .15, p < .05$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร เพิ่มระดับขึ้น จะส่งผลให้ตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

2.3 อิทธิพลทางอ้อม (IE) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลมี 2 ตัวแปร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล ($\beta = .55, p < .001$) และทรัพยากรบริบททางสังคม ($\beta = .28, p < .05$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมทั้ง 2 ตัวแปร เพิ่มระดับขึ้น จะส่งผลให้ตัวแปรอื่นๆ เพิ่มขึ้น จากนั้นตัวแปรเหล่านั้นจึงส่งผ่านอิทธิพลต่อไปยังตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลให้เพิ่มขึ้นตามภาพของโมเดล

ส่วนอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\beta = .10, p > .05$) ที่ส่งผ่านตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่งผลทางตรงต่อตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลเท่านั้น

3. การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

3.1 อิทธิพลรวม (TE) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพมากที่สุด คือ ทรัพยากรบุคคล ($\beta = .64, p < .001$) รองลงมา คือ ทรัพยากรบริบททางสังคม ($\beta = .33, p < .05$) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลรวมต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ คือ ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\beta = .11, p > .05$) แสดงให้เห็นว่า มี 2 ตัวแปรในโมเดล ที่มีอิทธิพลทางบวกต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ โดยเมื่อตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปรเพิ่มระดับขึ้น จะส่งผลให้ตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเพิ่มขึ้นในระดับที่แตกต่างกันตามค่าอิทธิพลที่มีต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

3.2 อิทธิพลทางตรง (DE) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพมี 2 ตัวแปร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล ($\beta = .64, p < .001$) และทรัพยากรบริบททางสังคม ($\beta = .33, p < .05$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปรเพิ่มระดับขึ้น จะส่งผลให้ตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ส่วนอิทธิพลทางตรงของตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\beta = .11, p > .05$) ที่มีต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ได้ส่งผลต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า จากการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุ

ที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพนั้น ทรัพยากรบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพที่ระดับค่าอิทธิพลเท่ากับ .64 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจมาก ย่อมส่งผลให้เกิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพที่ดี และการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพนี้จะช่วยให้บุคคลเกิดการยอมรับตนเอง รับรู้ตนเอง มีการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิต และพยายามสร้างความเจริญงอกงามให้แก่ตนเอง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการพัฒนาด้านตนเองตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ โดยทรัพยากรบริบททางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพที่ระดับค่าอิทธิพลเท่ากับ .33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การใช้บริการทางสังคม การรับรู้เครือข่ายทางสังคม เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้แก่ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งองค์ประกอบทั้งทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรบริบททางสังคมล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำให้การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลที่ระดับค่าอิทธิพลเท่ากับ .86 และพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่ระดับค่าอิทธิพลเท่ากับ .95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า เมื่อญาติผู้ดูแลมีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพดี คือ มีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีพลังใจให้กับตนเอง ย่อมทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงดีตามไปด้วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีและปลอดภัย

ส่วนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลที่ระดับค่าอิทธิพลเท่ากับ .15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า เมื่อญาติผู้ดูแลมีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแล้ว จะสามารถดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

ให้ถูกสัญลักษณ์ และสามารถช่วยป้องกันการสะสมของเชื้อโรคหรือการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของอังคินันท์ อินทรกำแหง และสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย (2562) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการสภาพแวดล้อมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จะเห็นได้ว่า ทั้งการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมล้วนมีอิทธิพลต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้มีส่วนช่วยสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการให้ความช่วยเหลือและดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้เป็นอย่างดี นำมาซึ่งประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรมีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพให้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง รวมทั้งส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีคุณภาพยิ่งขึ้น และผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอันเกิดจากปัญหาการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่ไม่เหมาะสม นั่นคือ การติดเชื้อ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงสำหรับญาติผู้ดูแลในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งจะช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี, และอรสา กงตาล. (2555). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. ใน *เอกสารการประชุม Graduate Research Conference 2012* (น. 658–669). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชลการ ทรงศรี, และณรงค์ จันทน์แก้ว. (2562). ผลของการให้คำปรึกษาต่อความสามารถเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 22(2), 50–59.
- ฉันทภา หลงผาสุข, สุปริดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 97–109.
- นิสาชล นาคกุล. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(3), 36–50.
- ฤทธิชัย แกมนาค, และสุกัญชา พันเลิศพาณิชย์. (2559). รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 11(พิเศษ), 47–62.
- ศิริภาณี ศรีหาภาล, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. (2557). *ผลกระทบและการะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ศิริพันธุ์ ศาสัตย์, สันติ ลาภเบญจกุล, อัญญพร สุทัศน์วรวิ, ศุภลักษณ์ เข้มทอง, และสมคิด เพื่อนรัมย์. (2559). *คู่มือการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับทีมหมอกรอบครัว*. กรุงเทพฯ: ไชเบอร์พริ้นท์ กรุ๊ป.

อังคินันท์ อินทรกำแหง, และสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
กรมอนามัย. (2562). การศึกษาความรู้ด้าน
การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ
ติดบ้านติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท (รายงาน
ผลการวิจัย). นนทบุรี: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
กรมอนามัย.

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

ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่ออาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำ*

Effect of the Positive Self-talk Training Program on Depressive Symptoms among Readmitted Patients with Major Depressive Disorder*

ณัฐวิตรา ฤกษ์รัตนประทีป, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)¹

Nattawitra Roceratanapaitip, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

दारवाररण ठेपलनता, क.द. (जलवलतुतलकलतल) ² वरणुत कलतुततुनतु, तुर.द. (कलतुतलतल) ³

Darawan Thapinta, Ph.D. (Educational Psychology)² Voranut Kitsumban, Ph.D. (Nursing)³

Received: March 8, 2022 Revised: May 16, 2022 Accepted: June 3, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 52 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .86

* การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: monrisa032@gmail.com

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.070, p < .001$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.550, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำ เพื่อลดอาการซึมเศร้า

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำ อาการซึมเศร้า โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the positive self-talk training program on depressive symptoms among readmitted patients with major depressive disorder. The participants included 52 readmitted patients with major depressive disorder who received treatment at the in-patient department, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province and were divided into the experimental group ($n = 26$) and the control group ($n = 26$). The research instruments consisted of the positive self-talk training program, the demographic questionnaire, and the 9-Item Thai Patient Health Questionnaire (Thai PHQ-9) with reliability as .86. The implementation and data collection were conducted from July, 2019 to January, 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean score of depressive symptoms than that of before the experiment ($t = 13.070, p < .001$); and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean score of depressive symptoms than that of the control group ($t = 4.550, p < .001$).

This research suggests that psychiatric nurses should apply this positive self-talk training program to care of readmitted patients with major depressive disorder in order to reduce their depressive symptoms.

Keywords: Readmitted patients with major depressive disorder, Depressive symptoms, Positive self-talk training program

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) คือ ความผิดปกติทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ซึ่งความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้น อาการมักรุนแรงขึ้นและคงอยู่เป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในด้านต่างๆ (กรมสุขภาพจิต, 2562) การดำเนินของโรคซึมเศร้า อาจเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปที่ใช้เวลาเป็นเดือน หรือเป็นแบบเกิดขึ้นเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่มากระทบบุคลิกภาพเดิม การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2558) สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าที่พบบ่อย คือ ความเสี่ยงทางพันธุกรรม สภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ สังคมและวัฒนธรรม การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ บุคลิกภาพลักษณะนิสัย อายุและสถานภาพสมรส และการเกิดเหตุการณ์ชีวิต (life event) (ชรณินทร์ กองสุข, 2550) ผลกระทบของโรคซึมเศร้าที่เป็นอันตรายมากที่สุด คือ การฆ่าตัวตาย โดยผู้ที่ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงและไม่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่จะเสียชีวิตด้วยวิธีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2560)

โรคซึมเศร้าพบได้ในประชากรทุกเพศทุกวัย องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่า ประชากรมากกว่า 300 ล้านคน เป็นโรคซึมเศร้า คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 4 ของประชากรโลก โดยพบในผู้หญิงร้อยละ 5.10 และผู้ชายร้อยละ 3.60 (World Health Organization, 2017) จากรายงานของกรมสุขภาพจิตพบว่า ในปีงบประมาณ 2560 และ 2561 มีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการด้านจิตเวชของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 284,399 ราย และ 370,885 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2561) และจากสถิติของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมาปรึกษาซ้ำในช่วงปี 2558-2561 คิดเป็นร้อยละ 33.57, 36.57, 40 และ 58.44 ตามลำดับ

(โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นครั้งแรกมีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ 50 ผู้ป่วยที่เป็นซ้ำครั้งที่ 2 มีโอกาสเป็นซ้ำถึงร้อยละ 70 และผู้ป่วยที่เป็นซ้ำครั้งที่ 3 มีโอกาสเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 90 ซึ่งโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับมาป่วยซ้ำโดยเฉลี่ยในช่วงชีวิตทั้งหมด 6 ครั้ง (ลลิตา อันอามาตย์ และชิงชัย เมธพัฒน์, 2557) จากการวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมาปรึกษาซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสวนปรุง ของ นุชภัทร พัทธภัย (2552) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกลับมาปรึกษาซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ปัจจัยด้านบุคคล และครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การติดสารเสพติดหรือสารกระตุ้นสมอง และไม่รับประทานยาหรือหยุดยาเอง (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2558)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลายวิธีที่มีประสิทธิภาพและสามารถป้องกันการกลับมาปรึกษาซ้ำของผู้ป่วยได้ เช่น การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy) การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (cognitive behavior therapy) การทำจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ซึ่งการบำบัดทางปัญญาเป็นวิธีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในการบำบัดความผิดปกติ หากบุคคลสามารถแก้ไขความคิดที่บิดเบือนโดยการพิจารณาเหตุผล จะทำให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น (Beck, 1970) นอกจากนี้ การบำบัดทางปัญญายังเป็นวิธีบำบัดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพสูงและสามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งการบำบัดทางปัญญามุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดทางลบให้เป็นทางบวก (Beck, 2008) จัดได้ว่าเป็นแนวคิดที่มีประสิทธิภาพมาก แนวคิดหนึ่งที่ทำให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง ทั้งนี้ การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกเป็นวิธีหนึ่ง

ของการฝึกคิดทางบวก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและช่วยลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถนำไปใช้บำบัดภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ ได้ โดยการพูดกับตัวเองเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล ที่สื่อให้บุคคลมองเห็นถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค ทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง ที่ส่งผลต่อการพูดกับตัวเองทางลบ ซึ่งการพูดกับตัวเองทางบวกเป็นการใช้คำพูดโดยการคิดพิจารณาอย่างมีเหตุผล ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สามารถเผชิญกับปัญหา และช่วยให้บุคคลเข้าใจตนเอง (Nelson-Jones, 1990)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก พบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ รวมถึงช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกจากงานวิจัยของ พรทิพา บุญหมื่น (2559) ซึ่งดัดแปลงจากโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในงานวิจัยของขวัญจิต มหาคิตติคุณ (2548) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Nelson-Jones (1990) เพื่อนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำ โดยดัดแปลงในส่วนใบงานกิจกรรมและใบความรู้ในโปรแกรมให้มีความเหมาะสมและความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกจึงน่าจะเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่นำมาใช้ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง

ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

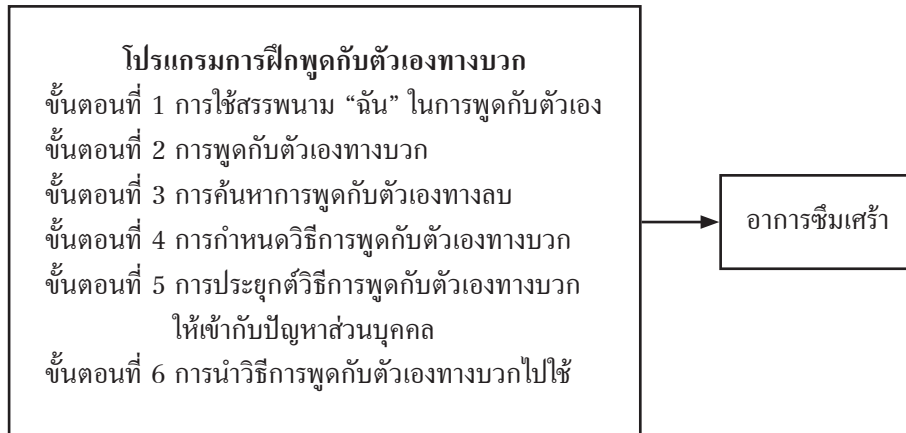
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Nelson-Jones (1990) ซึ่งการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกเป็นวิธีที่จะช่วยให้บุคคลที่มีความคิดทางลบสามารถเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบ โดยปรับเปลี่ยนให้เป็นคำพูดทางบวกและเสริมสร้างแรงบวกให้แก่ตนเอง เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกว่าคุณค่า ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง ทั้งนี้ การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง 2) การพูดกับตัวเองทางบวก 3) การค้นหาการพูดกับตัวเองทางลบ 4) การกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก 5) การประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และ 6) การนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำสามารถปรับเปลี่ยนความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวก และมีอาการซึมเศร้าลดลง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอาการซึมเศร้าเดิมภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ขึ้นไป โดยกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน 2) มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย (9-Item Thai Patient Health Questionnaire [Thai PHQ-9]) 3) มีอายุอยู่ในช่วง 18–59 ปี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 5) ได้รับความรู้โรคซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน 6) ไม่มีอาการของโรคทางจิตร่วมด้วย เช่น โรคจิตเภท โรคติดสารเสพติด โรคติดสุรา โรคติดกัญชา และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน 2) มีอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้นหรือมีอาการทางจิตระหว่างเข้าร่วมการวิจัย และ 3) ขอ

ถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen (1988) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 3.04 ซึ่งคำนวณจากการศึกษาของราชวดี เดี่ยวตระกูล (2553) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 52 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้เลขลำดับที่ของการเข้ารับการรักษา โดยเลขคู่เป็นกลุ่มทดลอง และเลขคี่เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ผู้วิจัยดัดแปลงจากโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกของพรทิพานุญหมื่น (2559) ซึ่งดัดแปลงจากโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกของขวัญจิต มหาภิตติคุณ (2548) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Nelson-Jones (1990) โดยรูปแบบของโปรแกรมเป็นลักษณะที่มีทั้งการพูดภายในใจและการพูดออกเสียงกับตัวเองในทางที่ดี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 60–90 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การทำความเข้าใจลักษณะของการพูดกับตัวเองและความสัมพันธ์ระหว่างการพูดกับตัวเอง พฤติกรรม อารมณ์ และผลที่เกิดขึ้น โดยหลักการใช้สรรพนาม “ฉัน”

ขั้นตอนที่ 2 การพูดกับตัวเองทางบวก มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 2 การฝึกประเมินตัวเองและพูดกับตัวเองทางบวกต่อเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ โดยผู้วิจัยได้เพิ่มคำพูดที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ กับข้อใจ และคำพูดที่ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาการพูดกับตัวเองทางลบ มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 3 การฝึกประเมินตัวเองและพูดกับตัวเองทางลบ พร้อมทั้งฝึกค้นหาคำพูดทางลบ โดยใช้สติที่จะจับทันความคิดทางลบและการพูดทางลบของตัวเอง อีกทั้งฝึกทักษะการหยุดความคิดทางลบและคำพูดทางลบที่อยู่ภายในใจตัวเอง

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก มี 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 4 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน และฝึกวิเคราะห์ความคิดทางลบของตัวเองและการใช้เหตุผลโต้แย้งความคิดทางลบของตัวเอง

กิจกรรมครั้งที่ 5 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของการพูดกับตัวเองทางบวก การฝึกคิดประโยชน์การพูดกับตัวเองทางบวกที่มีต่อเหตุการณ์นั้น โดยเริ่มตั้งแต่ในระยะแรกที่พบกับเหตุการณ์นั้น ขณะที่อยู่ในเหตุการณ์ และหลังจากเหตุการณ์นั้นผ่านไปแล้ว

กิจกรรมครั้งที่ 6 การแนะนำแหล่งข้อมูลที่ได้มาซึ่งการคิดและการพูดกับตัวเองทางบวก รวมทั้งวิธีการช่วยส่งเสริมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก และฝึกตั้งเป้าหมายง่าย ๆ กับตัวเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

อีกทั้งยังสามารถกำหนดการพูดกับตัวเองเรื่องนั้น ๆ ได้

ขั้นตอนที่ 5 การประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 7 การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกและฝึกเปลี่ยนประโยชน์การพูดกับตัวเองทางลบให้เป็นประโยชน์การพูดกับตัวเองทางบวก

ขั้นตอนที่ 6 การนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 8 ติดตามความก้าวหน้าของผลการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกจากเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ และประเมินอาการซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย (Thai PHQ-9) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่มานิช หล่อตระกูล, สุธิดา สัมฤทธิ์, และรัตนดา สายพานิชย์ แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบเครื่องมือ (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่เลย มีบางวันไม่บ่อย มีค่อนข้างบ่อย และมีเกือบทุกวัน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการ (0-4 คะแนน) มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง ไม่ถึงขั้น major depression (5-8 คะแนน) major depression (mild) หรือ dysthymia (9-14 คะแนน) major depression (moderate) (15-19 คะแนน) และ major depression (severe) (20 คะแนนขึ้นไป)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (2 คน) และพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลจิตเวช ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน และนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 066/2019 วันที่ 28 มีนาคม 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง (เอกสารรับรอง เลขที่ 12/2562 วันที่ 15 กรกฎาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วย แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที และให้กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วย แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที และนัดหมายวันเวลา และสถานที่สำหรับการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก

4. ในสัปดาห์ที่ 2-3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วย เป็นรายกลุ่ม (แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน จำนวน 3 กลุ่ม และกลุ่มละ 5 คน จำนวน 1 กลุ่ม) และให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ร่วมกับให้ได้รับการรักษาตามปกติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยดำเนินโปรแกรมวันละ 1 ขั้นตอน วันเว้นวัน สัปดาห์ละ 3 ขั้นตอน รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์

5. หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคน และให้ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย หลังการทดลอง (post-test) โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ โดยใช้เวลา 10-15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.69 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 19–29 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.38 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.46 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.69 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.15 และมีรายได้ในช่วง 5,000–10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.15 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.69 มีอายุอยู่ในช่วง 19–29 ปี มากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 53.85 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.31 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.69 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.80 และมีรายได้ในช่วง 5,000–10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50

2. การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.070$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลอง ($n = 26$)	12.04	4.33	13.070	< .001
หลังการทดลอง ($n = 26$)	.62	.80		

3. การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า

ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.550$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

อาการซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง ($n = 26$)		กลุ่มควบคุม ($n = 26$)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ก่อนการทดลอง	12.04	4.33	13.81	4.10	1.150	.130
หลังการทดลอง	.62	.80	2.00	1.32	4.550	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึก พุดกับตัวเองทางบวก โดยได้รับการฝึกการปรับเปลี่ยน ความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวก และฝึกพุด กับตัวเองทางบวก ที่เริ่มจากคำพุดหรือประโยคในใจ ของตนเอง ฝึกให้มีการยับยั้งความคิดทางลบของตนเอง และหาเหตุผลที่ใช้ได้แย้งกับความคิดทางลบ และนำ วิธีการพุดกับตัวเองทางบวกไปใช้กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีการเรียนรู้ตามพื้นฐานของความเป็นจริง และฝึกพุดกับตัวเองทางบวกด้วยประโยคง่าย ๆ และ พัฒนาการพุดกับตัวเองด้วยประโยคที่ยากขึ้น พร้อมกับ เรียนรู้วิธีที่จะพุดกับตัวเอง ทำให้มีการปรับเปลี่ยนมุมมอง ความคิดทางลบให้เป็นมุมมองความคิดทางบวก หลังจาก ที่มีการฝึกพุดกับตัวเองทางบวกระยะหนึ่ง จะทำให้มี ประสบการณ์ในการพุดกับตัวเองทางบวกไปอย่างอัตโนมัติ เกิดความตระหนักรู้ มีความมั่นใจในตัวเอง และสามารถ แยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ รวมถึงตัดสินใจที่จะ เผชิญกับปัญหาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ อย่างเหมาะสม ซึ่งการปรับเปลี่ยนการพุดทางลบให้เป็น การพุดทางบวกจะช่วยเสริมสร้างแรงบวกให้แก่ตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่า (Nelson-Jones, 1990) นอกจากนี้ การฝึกพุดกับตัวเองทางบวกยังทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ ภายใน เป็นการชี้นำตนเองในการคิด และนำไปสู่การแก้ไข ปัญหา โดยปรับเปลี่ยนมุมมองและความคิดใหม่ไปในทางบวก มีเป้าหมายในการรับรู้ และประเมินเหตุการณ์ที่เลวร้าย ในชีวิตให้ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำที่ เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพุดกับตัวเองทางบวกจึงมี อาการซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพา

บุญหมื่น (2559) ที่พบว่า โปรแกรมการฝึกพุดกับตัวเอง ทางบวกมีประสิทธิภาพ สามารถลดภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยโรคจิตสุราได้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มควบคุมซึ่งมีอาการซึมเศร้าใน ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ไม่ได้รับการฝึกพุดกับตัวเอง ทางบวก จึงอาจมีความคิดทางลบ มองตัวเองทางลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และเกิดความหมดหวังในชีวิต จนทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อ อนาคต ต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น โดยไม่ผ่าน กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล จึงทำให้โครงสร้างทาง ความคิดที่รับรู้และแปลความหมายของสถานการณ์ เปลี่ยนไปในทางลบ ทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า เพิ่มขึ้น (Beck, 1995) ซึ่งลักษณะความคิดเหล่านี้ กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกฝนเรียนรู้ให้รู้จักการปรับเปลี่ยน จากความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวก จึงทำให้อาการซึมเศร่ายังคงอยู่และส่งผลกระทบต่อจิตใจของ ผู้ป่วยและสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับ ผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อสังคม ทำให้การรักษาโรค มีความยากและซับซ้อนมากขึ้น อาจก่อให้เกิดอาการ ซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น ประกอบกับระยะเวลาในการรักษา ที่ยาวนาน อาจส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเกิด ความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งจะยังทำให้การบำบัดรักษาโรค มีความยากและซับซ้อนมากขึ้น (Wright, Stern, & Phelan, 2005)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1 พยายามจัดเวชควมร่นำโปรแกรมการฝึก พุดกับตัวเองทางบวกไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่กลับมารักษาซ้ำ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของ ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนคำพุดทางลบให้

เป็นคำพูดทางบวก และเสริมสร้างแรงบวกให้แก่ตนเอง ซึ่งจะช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

1.2 ผู้บริหารการพยาบาลควรจัดอบรมให้พยาบาลจิตเวชมีความรู้และทักษะการบำบัดเกี่ยวกับการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก เพื่อให้ได้เรียนรู้การบำบัดทางปัญญาอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถใช้เป็นการบำบัดทางเลือกได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการทดสอบประสิทธิผลในระยะยาวของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำ เช่น หลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน หรือ 6 เดือน

2.2 ควรมีการศึกษาโดยนำโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยนอก โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบท เนื่องจากมีผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวนมาก

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2561). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ภาพรวมทั้งประเทศ ประจำปีงบประมาณ 2561. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). โรคซึมเศร้า ความผิดปกติทางอารมณ์ที่รักษาให้หายได้. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29902>
- ขวัญจิต มหาคิตติคุณ. (2548). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธรณินทร์ กองสุข. (บ.ก.). (2550). โรคซึมเศร้า: องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. อุลตราซัน: สิริธรรมออฟเซต.

นฐภัทร พัทธกัญ. (2552). การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2560). ภาวะซึมเศร้า Depression. สืบค้นจาก <http://journal.hcu.ac.th/pdf/jn1938>

พรทิพา บุญหมื่น. (2559). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตตติวิธาน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (บ.ก.). (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราชวดี เดี่ยวตระกูล. (2553). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2560). จำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่ รพ.สวนปรุง. สืบค้นจาก http://110.164.161.25:8080/ex_sp/ipdmain.aspx

ลลิตา อันอามาตย์, และชิงชัย เมธพัฒน์. (2557). การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ. วารสารสุขภาพจิตชุมชนแห่งประเทศไทย, 1(2), 11-20.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 5 ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และสรยุทธ วาสิกนันท์. (บ.ก.). (2558). ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

- Beck, A. T. (1970). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (2008). *Cognitive and behavioral theories of depression*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Power tables for effect sized*. Retrieved from http://psych.unl.edu/hoffman/Sheets/Workshops/Power_Tables.pdf
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8, 46. doi:10.1186/1471-244X-8-46
- Nelson-Jones, R. (1990). *Thinking skill: Managing preventing personal problem*. Pacific Grove, CA: Brooks Cole Publishing.
- World Health Organization. (2017). *Depression*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Wright, P., Stern, J., & Phelan, M. (2005). *Core psychiatry* (2nd ed.). Spain: Harcourt.
-

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกัน
การติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชน
ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
Factors Influencing Health-promoting Behavior for
Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention among
Community-dwelling Older Adults in Thungtamsao Subdistrict,
Hatyai District, Songkhla Province**

วิญญูทัศน์ บุญทัน, ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์); ประ.ด. (การวิจัยและพัฒนาศักยภาพมนุษย์)¹
Winthanyou Bunthan, Ph.D. (Nursing Science); Ph.D. (Research and Development on Human Potentials)¹
สิรินธร คณานุรักษ์, พย.บ.²
Sirin Kananurak, B.N.S.²

Received: July 24, 2020 Revised: May 13, 2022 Accepted: June 8, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 128 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่น .86 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: winn.mu.cu.swu@hotmail.com

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าจีน ตำบลน่าน้อย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

² Registered Nurse, Tahjeen Subdistrict Health Promoting Hospital, Nam Noi Subdistrict, Hatyai District, Songkhla Province

ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลจากสถานการณ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 27.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .276, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี การรับรู้สถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนา 2019 ตามความเป็นจริง และกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม การป้องกันการติดเชื้อ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 โควิด-19 ผู้สูงอายุในชุมชน

Abstract

This predictive correlational research aimed to study factors influencing health-promoting behavior for coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention among older adults. The samples were 128 community-dwelling older adults in Thungtamsao Subdistrict, Hatyai District, Songkhla Province. The research instrument was a health-promoting behavior for coronavirus disease 2019 questionnaire with reliability as .86. Data were collected from June to July, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that situational influence factor and perceived self-efficacy factor were statistically significantly accounted for 27.60% of the variance of health-promoting behavior for coronavirus disease 2019 prevention among older adults ($\text{adj. } R^2 = .276, p < .001$).

This research suggests that nurses in primary care unit should promote older adults to have actual perception of coronavirus disease 2019 epidemic situation as well as encourage the participation of preventing activities. This will help older adults practice more health-promoting behavior for coronavirus disease 2019 prevention.

Keywords: Health promotion, Coronavirus disease 2019 prevention, COVID-19, Community-dwelling older adults

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของโรคติดต่อส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและการเสียชีวิตของประชากรโลก สำหรับการระบาดของโรคอุบัติใหม่ คือ โรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) พบการระบาดของโรคครั้งแรกที่ประเทศจีนเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และมีการแพร่กระจายไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ที่มีการพบผู้ติดเชื้อรายแรกเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลไทยโดยศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ได้มีมาตรการในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออย่างเข้มงวด เช่น การประกาศพระราชกำหนดฉุกเฉิน การห้ามออกนอกเคหสถานในช่วงระยะเวลากลางคืน การงดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มกันของประชาชน (“ข้อกำหนด ออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดฯ”, 2563) จนกระทั่งไม่พบข้อมูลผู้ติดเชื้อในประเทศไทย ทำให้ปัจจุบันมีการผ่อนคลายมาตรการต่างๆ เช่น การเปิดกิจการบางประเภท การเปิดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาแต่ในหลายประเทศยังคงมีการระบาดของโรคอย่างรุนแรง ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงยังคงเน้นย้ำเรื่องการดูแลตนเองของประชาชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่น การใช้ผ้าปิดจมูก การล้างมือบ่อยครั้ง การงดรวมกลุ่มหรือใกล้ชิดกันเนื่องจากแม้จะไม่พบข้อมูลผู้ติดเชื้อในประเทศไทยแล้วแต่ยังมีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อจากการสัมผัสผู้ที่มีเชื้อแฝงแต่ยังไม่แสดงอาการ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เช่น เด็ก ผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ผู้สูงอายุ (กรมควบคุมโรค, 2563)

เชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) สามารถแพร่กระจายจากหยดหรือละอองขนาดเล็ก (droplets) ด้วยการไอ จาม และการพูดคุยนอกจากนี้ เมื่อมีการหายใจเอาละอองเหล่านี้เข้าไปหรือรับจากผู้ติดเชื้อจะทำให้ได้รับเชื้อ ทั้งนี้หยดหรือละอองเหล่านี้สามารถตกลงบนวัตถุและพื้นผิวรอบๆ เช่น โต๊ะ ลูกบิด ประตู ราวจับ เมื่อมีการสัมผัสสิ่งเหล่านี้แล้วมีการสัมผัสดวงตา จมูก หรือปากของ

ตนเอง อาจเป็นสาเหตุของการได้รับเชื้อได้ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องอยู่ห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร (3 ฟุต) และต้องล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ล้างมือเป็นประจำ (World Health Organization [WHO], 2020) ซึ่งกรมอนามัย (2563) ได้มีคำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับผู้สูงอายุ คือ การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าหากจำเป็นต้องออกไปยังนอกบ้านหรือเมื่อต้องสัมผัสสัมผัสกับผู้อื่น การหลีกเลี่ยงการกอด อุ้ม หรืออยู่ในระยะประชิด

จากข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุไทยมีจำนวน 11,136,059 คน คิดเป็นร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) การเป็นผู้สูงอายุตามกระบวนการสูงอายุ (aging process) มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอย โดยเฉพาะภูมิคุ้มกันโรค จึงก่อให้เกิดการติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย ผู้สูงอายุจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อโรคอยู่เสมอ (Eliopoulos, 2018; Mauk, 2018; Touhy & Jett, 2020) เมื่อมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางและเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ การป้องกันตนเองของผู้สูงอายุให้อยู่ห่างไกลจากความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนา 2019 เพื่อป้องกันการเสียชีวิต จึงมีความสำคัญ (กรมอนามัย, 2563) โดยผู้สูงอายุควรปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) และกรมอนามัย (2563) คือ การล้างมือให้สะอาดทุกครั้งที่สัมผัสสิ่งของ การอยู่บ้านของตนเอง การหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด การหลีกเลี่ยงการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในระยะประชิดน้อยกว่า 1 เมตร การหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อที่แสดงอาการของโรค (ไอ จาม มีไข้) การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อต้องออกไปนอกบ้าน หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การหลีกเลี่ยงการกอด การรักษาสุขอนามัยของทางเดินหายใจอยู่เสมอ เมื่อไอหรือจาม

ต้องใช้กระดาษชำระหรือใช้ข้อศอกหรือแขนปิดปากแล้ว จึงล้างให้สะอาด การหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสดวงตา ปาก หรือจมูกของตนเอง หากรู้สึกว่าคุณเองไม่สบายให้ ปกป้องเจ้าหน้าที่สุขภาพทางโทรศัพท์ และการติดตาม ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 อยู่เสมอ ซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุ ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโคโรนา 2019 ได้

จากการที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โคโรนา 2019 ได้ง่าย ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโคโรนา 2019 ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่เชื่อว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมในการป้องกัน ปัญหาสุขภาพเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิด โรคของตนเอง (Carpenter, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับ ความเชื่อตามกรอบแนวคิด Health Promotion Model ของ Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ที่เชื่อว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ด้านสุขภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดการมีพฤติกรรมต่างๆ ขึ้น เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 6 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และ อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายความว่า หากผู้สูงอายุ มีปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันตนเองไม่ให้เกิด การติดเชื้อโคโรนา 2019

จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหินผุด ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัด สงขลา (2563) พบว่า ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ไม่มีการติดเชื้อโคโรนา 2019 และผู้สูงอายุในพื้นที่ยัง ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

ในพื้นที่ ในสถานการณ์ที่การระบาดของโรคร้ายใน ประเทศไทยเริ่มคลี่คลาย และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกัน การติดเชื้อดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการสร้าง กิจกรรมหรือโครงการเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

สมมติฐานการวิจัย

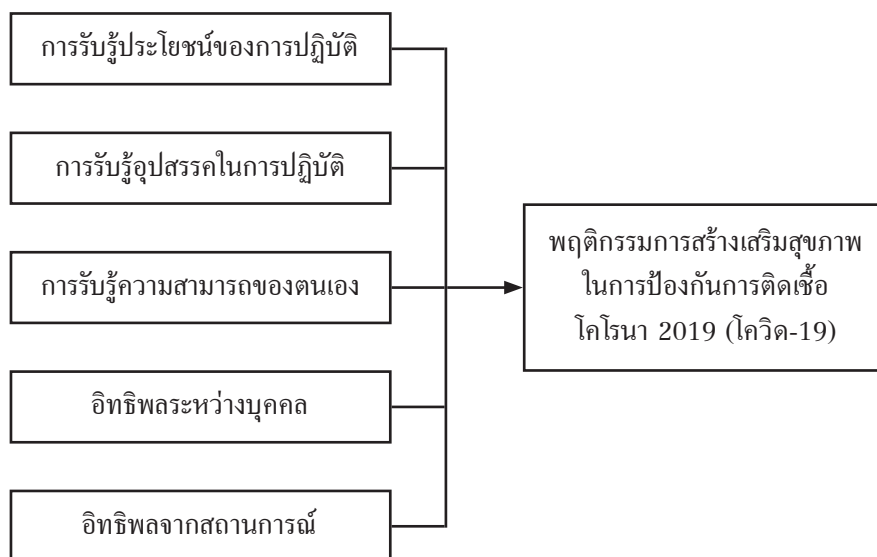
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพล ระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ สามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการ ติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุใน ชุมชน ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด Health Promotion Model ของ Pender (Pender et al., 2006) ที่ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ แต่ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2563 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมี เพียง 5 ปัจจัย ยกเว้นความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาเพียง 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติ เป็นความเชื่อของบุคคลที่

คาดหวังประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติ 2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสิ่งที่จะมาขัดขวางให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ มีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติและการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆ 4) อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นพฤติกรรมความเชื่อ หรือทัศนคติของผู้อื่นที่มีอิทธิพลต่อบุคคลผ่านแรงผลักดันทางสังคมหรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม โดยบุคคลรับรู้ว่ามีเครือข่ายทางสังคมให้การสนับสนุน และการเห็นแบบอย่างที่มาจากการเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ และ 5) อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวาง

การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต สภาพแวดล้อม มีความปลอดภัยและมั่นคง ส่วนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ผู้วิจัยใช้แนวคิดการป้องกันการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) และคำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกรมอนามัย (2563) ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือสม่ำเสมอ การรักษาระยะห่างระหว่างตัวเองกับผู้อื่น การหลีกเลี่ยงการไปยังที่แออัด การหลีกเลี่ยงการสัมผัสดวงตา จมูก และปากของตนเอง การปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยด้านทางเดินหายใจที่ดี การแยกกักกันตัวเองเมื่อมีอาการ การรับบริการสุขภาพในสถานการณ์โรคระบาด และการติดตามข้อมูลข่าวสารจากแหล่งที่เชื่อถือได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหินสุด ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 772 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีทะเบียนราษฎร์อยู่ในหมู่ที่ 1-4 ตำบลทุ่งตำเสา 2) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.0.10 สำหรับ multiple regression: omnibus (R^2 deviation from zero) (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร, และญาดา นภาอารักษ์, 2562) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .15 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 116 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 128 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ โดยให้ลำดับที่ของรายชื่อประชากรทั้งหมด จากนั้นคำนวณช่วงของการสุ่ม ได้ค่าเท่ากับ 6 แล้วกำหนดค่าเริ่มต้นของการสุ่ม ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย โดยการจับฉลาก ได้หน่วยที่ 5 จากนั้นเลือกตัวอย่างตามช่วงของการสุ่มจนกระทั่งครบ 128 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 ของวิญญู์บุญบุญทัน และคณะ (2563) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิด Health Promotion Model ของ Pender (Pender et al., 2006) แนวคิดการป้องกันการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) และคำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกรมอนามัย (2563) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้หลักในปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย โรคประจำตัว และมุมมองต่อสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ครอบคลุมปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยอิทธิพลจากสถานการณ์ จำนวน 44 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ปัจจัยในระดับต่ำ (0-1 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.01-2.00 คะแนน) และในระดับสูง (2.01-3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นการสอบถามพฤติกรรมของผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำ (0-1 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.01-2.00 คะแนน) และในระดับดี (2.01-3.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (2 คน) และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .60-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับ

ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหู่แร่ ตำบลทุ่งคำเสา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เท่ากับ .86, .84 และ .76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (เอกสารรับรอง เลขที่ อ.953/2563 วันที่ 21 พฤษภาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหินผุด ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการนำลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง (กรณีที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ) ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ข้อมูลการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนเอง ข้อมูลอิทธิพลระหว่างบุคคล ข้อมูลอิทธิพลจากสถานการณ์ และข้อมูลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (โควิด-19) วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริม

สุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (โควิด-19) วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.50 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 60-93 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 67.37 ปี ($SD = 6.72$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 75.40 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.70 รายได้หลักในปัจจุบันมาจากการประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.40 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 55.40 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 57.70 และมีมุมมองต่อสุขภาพว่า ตนเองยังมีสุขภาพที่แข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 58.50

2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในระดับสูง ($M = 2.75, SD = .47$)

3. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติในระดับปานกลาง ($M = 1.49, SD = 1.16$)

4. การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ($M = 2.83, SD = .36$)

5. อิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลระหว่างบุคคลในระดับสูง ($M = 2.29, SD = .86$)

6. อิทธิพลจากสถานการณ์ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลจากสถานการณ์ในระดับสูง ($M = 2.56, SD = .57$)

7. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อฯ ในระดับดี ($M = 2.45, SD = .38$)

8. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ

8.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = .454, p < .001$) อิทธิพลระหว่างบุคคล ($r = .364, p < .001$) และอิทธิพลจากสถานการณ์ ($r = .498, p < .001$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ ($n = 128$)

ปัจจัย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ	
	r	p
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	.042	.641
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	-.129	.147
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.454	< .001
อิทธิพลระหว่างบุคคล	.364	< .001
อิทธิพลจากสถานการณ์	.498	< .001

8.2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ คือ

อิทธิพลจากสถานการณ์ ($Beta = .353, p < .001$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($Beta = .245, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อได้ร้อยละ 27.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($adj. R^2 = .276, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ (n = 128)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
อิทธิพลจากสถานการณ์	.234	.062	.353	4.374	< .001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.259	.099	.245	2.715	.010

Constant = 1.112, R = .536, R² = .287, adj. R² = .276, F = 25.213, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลจากสถานการณ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ โคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอิทธิพลจากสถานการณ์ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ต่างๆ สามารถทำให้เกิดหรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมหรือ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม และคุณลักษณะของสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิด พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอิทธิพลจากสถานการณ์มีผลทั้ง โดยตรงและโดยอ้อม ทั้งนี้ ตามแนวคิด Health Promotion Model ของ Pender (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019; Pender et al., 2006) มีการตรวจสอบว่าอิทธิพล จากสถานการณ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลน้อยที่สุดเมื่อ เปรียบเทียบกับปัจจัยอื่น ๆ แต่การวิจัยครั้งนี้ อิทธิพล จากสถานการณ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ซึ่งอาจ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนา 2019 ที่มีการระบาดในหลายประเทศในระดับที่รุนแรง ผ่าน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ภายใน ชุมชน เช่น โทรทัศน์ การแพร่กระจายข่าวสารของ หน่วยงานในชุมชน อีกทั้งภายนอกชุมชนมีการติดป้าย ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ต่างๆ ของชุมชนเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง

การติดเชื้อ ประกอบกับมีแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ มีการจัดสภาพแวดล้อม ให้เหมาะสมกับการป้องกันการติดเชื้อ และมีการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อทั้งในศาสนสถานและหน่วยงานที่ ผู้สูงอายุเข้าไปใช้บริการบ่อยครั้ง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้อง กับการศึกษาของวิญญูทัณญ นูญทัน และคณะ (2563) การศึกษาของทิพย์กมล อิสลาม (2557) และการศึกษา ของ Giena, Thongpat, and Nitirat (2018) ที่พบว่า ปัจจัยอิทธิพลจากสถานการณ์สามารถอธิบายพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ในทางบวก

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของ ตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ โคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้อธิบาย ได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจ ความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถกระทำได้สำเร็จ ในระดับใด ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำ พฤติกรรมที่ดีและถูกต้อง เหมาะสม โดยบุคคลที่มีความรู้สึก ว่าตนเองมีความสามารถและมีทักษะในการกระทำ จะช่วย ส่งเสริมและสนับสนุนให้เข้าสู่พฤติกรรมเป้าหมายได้ มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีความสามารถ และไม่มีความรู้ (Murdaugh et al., 2019; Pender et al., 2006) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา

2019 (โควิด-19) ในระดับสูง สอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ โควิดา 2019 (โควิด-19) ที่อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยุณัฐณญ บุนญทัน และคณะ (2563) การศึกษาของพิภพ ดีแพ, กมลทิพย์ ขลิ่งธรรมเนียม, และนพนันฐ จำปาเทศ (2562) การศึกษาของทิพย์กมลอิสลาม (2557) การศึกษาของ Giena et al. (2018) การศึกษาของ Lim, Noh, and Kim (2015) และการศึกษาของ Jaiyungyuen, Suwonnaroop, Priyatrak, and Moopayak (2012) ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถอธิบายพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ในทางบวก

ผลการวิจัยพบว่า มีปัจจัย 3 ปัจจัย ที่ไม่มีอิทธิพลหรือไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิดา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุได้ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ นั้นอธิบายการที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใดมกค่านึงถึงหรือ คาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับเพื่อจูงใจในการปฏิบัติ (Murdaugh et al., 2019; Pender et al., 2006) โดยประโยชน์ที่ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้จาก การที่ปฏิบัติ ตามแนวทางการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิดา 2019 คือ การไม่ติดเชื้อและไม่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิดา 2019 แต่ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยเป็นช่วงเวลาในประเทศไทยไม่พบรายงาน การติดเชื้อ ประกอบกับรัฐมีการผ่อนปรนมาตรการควบคุม การติดเชื้อที่มีความเข้มงวดลดลง (“คำสั่งศูนย์บริหาร สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อฯ”, 2563) และภายในชุมชนแห่งนี้ไม่เคยมีข้อมูลการติดเชื้อมาก่อน อีกทั้งผู้สูงอายุต้องอยู่ร่วมกับมาตรการการป้องกันการ ติดเชื้อที่เคร่งครัดตลอดระยะเวลา 5-6 เดือน จึงอาจทำให้เกิดการเบี่ยงเบนต่อการมีข้อจำกัดในการดำเนิน ชีวิต แม้ว่าจะรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อโควิดา 2019 ก็ตาม สอดคล้องกับ

การศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมัก ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาตามคำสั่งของแพทย์ เนื่องจากเชื่อว่าตนเองไม่ได้มีอาการที่ผิดปกติใดๆ จึง ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สุขภาพแล้ว แม้ว่าจะยังรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ตัวตามคำแนะนำเหล่านั้นก็ตาม (Eliopoulos, 2018; Touhy & Jett, 2018, 2020)

ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ นั้น เป็นการรับรู้ ของบุคคลถึงสิ่งที่จะมาขัดขวางให้ไม่สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพได้ ทั้งอุปสรรคภายใน เช่น ความไม่รู้ การไม่มีเวลา และอุปสรรคภายนอก เช่น การรับรู้ความยาก ลำบาก ความไม่สะดวก โดยอุปสรรคเหล่านี้มีผลต่อ ความตั้งใจในการปฏิบัติและแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยง การปฏิบัติ (Murdaugh et al., 2019; Pender et al., 2006) ซึ่งการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิดา 2019 เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อยครั้ง อาจขัดต่อวิถีการดำเนินชีวิตปกติของผู้สูงอายุ ดังข้อมูล การให้สัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหินผุดที่ว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหินผุดบอกว่า รู้สึกอึดอัด หายใจไม่ออกเมื่อต้องสวมผ้าปิดจมูก จึงอาจเป็นสาเหตุ ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โควิดา 2019 ได้

สำหรับอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของผู้อื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิด ของบุคคล ผ่านแรงผลักดันทางสังคมหรือความมุ่งมั่น ต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ (Murdaugh et al., 2019; Pender et al., 2006) แต่จากการลงพื้นที่ของผู้นวิจัยในการเก็บ รวบรวมข้อมูลพบว่า ลักษณะบ้านเรือนของผู้สูงอายุ มักอยู่ในพื้นที่สวนยาง ตั้งอยู่ห่างไกลจากบ้านเรือนของ เพื่อนบ้าน บางครัวเรือนมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพัง และบางครัวเรือน ในช่วงเวลากลางวันผู้สูงอายุมักอาศัย อยู่ตามลำพัง เพราะถูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน อีกทั้งสถานการณ์การระบาดของโรคโควิดา 2019

ทำให้เกิดการลดการไปมาหาสู่กันภายในชุมชน ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้อิทธิพลจากผู้อื่นลดลงจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ตามความเป็นจริง และกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 โดยใช้กลวิธีต่าง ๆ เช่น การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนา 2019 ตามสื่อสาธารณะที่ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ง่าย การจัดโครงการเสริมสร้างทักษะการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยใช้ทรัพยากรที่พื้นที่จัดหาได้และสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ และมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เช่น ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมที่เป็นตัวแปรในแนวคิด Health Promotion Model หรือตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค และตัวแปรอื่นๆ ในแนวคิด Health Belief Model

เอกสารอ้างอิง

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

กรมควบคุมโรค. (2563). *แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1)*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf

กรมอนามัย. (2563). *คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. สืบค้นจาก https://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=16989&filename=covid19

ข้อกำหนด ออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 5). (2563, 1 พฤษภาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 102 ง. หน้า 1-3. สืบค้นจาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/102/T_0001.PDF

คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ 3/2563 เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 2). (2563, 16 พฤษภาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 115 ง. หน้า 50. สืบค้นจาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/115/T_0050.PDF

ทิพย์กมล อิสลาม. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 28(1), 1-15.

- นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตย์เพ็ชร, และณาดานภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 5(1), 496–507.
- พิภพ ดีแพ, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, และนพนัฐ จำปาเทศ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 46–59.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหินผุด ตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. (2563). *ข้อมูลประชากรในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหินผุด*. สงขลา: ผู้แต่ง.
- วิญญูทัศน์ บุญทัน, พัชรภรณ์ ไหวกิจ, วิภาพร สร้อยแสง, ชุตินา สร้อยนาค, ปรีศนา อัครชนพล, และจริยาวัตรคมพยัคฆ์. (2563). *พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุไทย (รายงานผลการวิจัย)*. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25(8), 661–669. doi:10.1080/10410236.2010.521906
- Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological nursing* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Giena, V. P., Thongpat, S., & Nitirat, P. (2018). Predictors of health-promoting behaviour among older adults with hypertension in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 201–205. doi:10.1016/j.ijnss.2018.04.002
- Jaiyungyuen, U., Suwonnaroop, N., Priyatrak, P., & Moopayak, K. (2012). Factors influencing health-promoting behaviors of older people with hypertension. In *1st Mae Fah Luang University International Conference 2012* (pp. 1–9). Retrieved from https://mfuic2012.mfu.ac.th/electronic_proceeding/Documents/00_PDF/P-HS/P-HS-08%20Umakorn%20Jaiyungyuen.pdf
- Lim, E. J., Noh, J. H., & Kim, E. Y. (2015). A study of factors affecting health-promoting behaviors to young-elderly adults in urban and rural communities. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7(5), 367–374. doi:10.14257/ijbsbt.2015.7.5.36
- Mauk, K. L. (2018). *Gerontological nursing: Competencies for care* (4th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). New York: Pearson.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2018). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier/Mosby.

Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2020). *Ebersole & Hess' toward healthy aging: Human needs and nursing response* (10th ed.). St. Louis, MO: Elsevier/Mosby.

World Health Organization. (2020). *What is a coronavirus?*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses#>

ผลของโปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาลต่อระดับเสียง ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด*

Effect of Noise Management Program by Nurses on Noise Levels in a Neonatal Intensive Care Unit*

ทิพย์วัลย์ วงศ์คำปัน, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)¹

Tippawan Vongkampan, M.N.S. (Pediatric Nursing)¹

จุฑามาศ โชติบาง, ประ.ด. (การพยาบาล)²

พิมพ์พรรณ กลั่นกลิ่น, ประ.ด. (การพยาบาล)³

Jutamas Chotibang, Ph.D. (Nursing)²

Pimpaporn Klunklin, Ph.D. (Nursing)³

Received: March 7, 2022 Revised: April 26, 2022 Accepted: April 27, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาลต่อระดับเสียงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำวันในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 14 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล แบบสังเกตการปฏิบัติการจัดการเสียงโดยพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น 1 และแบบบันทึกระดับเสียง ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired *t*-test

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการใช้โปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาล ระดับเสียงเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยรวมต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.263, p < .001$) และ 2) หลังการใช้โปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาล ระดับเสียงเฉลี่ยในการเช็ดตัว การวัดสัญญาณชีพ การดูดเสมหะ และการส่งเวร ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.385, p < .001$; $t = 3.873, p < .01$; $t = 3.884, p < .01$ และ $t = 2.320, p < .05$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ควรนำโปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาลไปใช้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับทารกเกิดก่อนกำหนด

คำสำคัญ: เสียงรบกวน หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โปรแกรมการจัดการเสียง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of noise management program by nurses on noise levels in a neonatal intensive care unit (NICU). The samples were 14 registered nurses who provided daily nursing care in NICU of Somdech Phra Nangchao Sirikit Hospital. The research instruments consisted of the noise management program by nurses, the demographic data form, the observational form with reliability as 1, and the noise level recording form. The implementation and data collection were conducted from January to March, 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The research results revealed that 1) after implementing the noise management program by nurses, the mean noise level of total daily nursing care was statistically significantly lower than that of before implementing the program ($t = 9.263, p < .001$); and 2) after implementing the noise management program by nurses, the mean noise levels of body wipe, vital signs measurement, suctioning, and nursing duty sending were statistically significantly lower than those of before implementing the program ($t = 7.385, p < .001$; $t = 3.873, p < .01$; $t = 3.884, p < .01$ and $t = 2.320, p < .05$, respectively).

This research suggests that nurses who provided daily nursing care in NICU should apply the noise management program by nurses for caring of preterm infants in order to prevent the potential disadvantages among preterm infants.

Keywords: Noise, Neonatal intensive care unit, Noise management program

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาลและอุปกรณ์การแพทย์มีส่วนช่วยให้อัตราการรอดชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดสูงขึ้น (Nogueira, Di Piero, Ramos, de Souza, & Dutra, 2011) ในประเทศไทยพบทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.80 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 6.09 ในปี พ.ศ. 2559 และจากการสำรวจในช่วงปี พ.ศ. 2556–2560 พบทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 10.80, 10.40, 10.60, 11 และ 11 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่า สถิติการเกิดทารกเกิดก่อนกำหนดยังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสำคัญสำหรับประเทศไทย ทำให้ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์รักษาพยาบาล ซึ่งเสี่ยงจากอุปกรณ์การแพทย์ในหอผู้ป่วยเป็นlingerระบบประสาทและประสาทสัมผัสของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มากเกินไปส่งผลต่อการพัฒนาของระบบประสาทส่วนกลางและประสาทสัมผัสในทารกเกิดก่อนกำหนดที่รอดชีวิต (Aita & Goulet, 2003; Santos, Carvalhais, Xavier, & Silva, 2018) ทำให้การเจริญเติบโตของทารกลดลง (Wachman & Lahav, 2011) และยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และพัฒนาการด้านการได้ยิน ทำให้สูญเสียการได้ยิน อีกทั้งยังส่งผลต่อพัฒนาการด้านการใช้ภาษาและการเข้าใจภาษาในวัยต่อมา (Blackburn, 1998)

สถาบันกุมารเวชศาสตร์แห่งอเมริกา (American Academy of Pediatrics [AAP], 1997) ได้แนะนำระดับเสียงที่เหมาะสมในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โดยระดับเสียงเฉลี่ยควรอยู่ในช่วง 45–55 เดซิเบล แต่พบว่า ระดับเสียงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดสูงกว่ามาตรฐาน โดยปัจจัยเกี่ยวกับคนเป็นสาเหตุหลักของเสียงดังในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โดยเฉพาะเสียงจากการสนทนาและเสียงจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

(Chang, Pan, Lin, Chang, & Lin, 2006) การจัดการเสียงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยการพัฒนาแนวทางในการควบคุมเสียงที่แหล่งกำเนิดเสียง (World Health Organization, 2009) โดยการควบคุมเสียงที่เกิดจากผู้ป่วยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของเสียงดังในหอผู้ป่วย (McMahon, Wintermark, & Lahav, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการเสียงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดประกอบด้วย 1) การวัดระดับเสียงเป็นประจำในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่อตรวจสอบระดับเสียงอย่างต่อเนื่องและระบุแหล่งกำเนิดเสียงรบกวนในหอผู้ป่วยได้ (Laudert et al., 2007) 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพยาบาล โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของเสียงที่มีต่อทารกเกิดก่อนกำหนด และการจัดการเสียง เพื่อเพิ่มการรับรู้ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม (Milette, 2010) 3) การจัดทำแนวปฏิบัติการจัดการเสียง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมในการควบคุมระดับเสียง และการปฏิบัติของพยาบาลในขณะให้กิจกรรมการพยาบาลประจำวันเพื่อทำให้เกิดเสียงดังรบกวนทารก (Lubbe, Van der Walt, & Klopper, 2012) และ 4) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องของการจัดการเสียง เพื่อนำไปปรับปรุงการปฏิบัติของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อประเมินประสิทธิภาพของกลยุทธ์การจัดการเสียงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Laudert et al., 2007)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาล โดยใช้วิธีต่างๆ ร่วมกัน เพื่อให้การจัดการเสียงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งโปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาลประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้การกระตุ้นเตือนด้วยโปสเตอร์ การสนับสนุนอุปกรณ์แสดงผลระดับเสียงต่อเนื่องพร้อมไฟสัญญาณสี และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดการเสียง

โดยพยาบาล โดยมุ่งหวังว่า โปรแกรมดังกล่าวจะสามารถทำให้การปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการเสียงในหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถลดระดับเสียงในหอผู้ป่วยลงได้ เพื่อให้ระดับเสียงเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 45–55 เดซิเบล (AAP, 1997) ในขณะที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน 2 ลักษณะ คือ 1) กิจกรรมประจำวันโดยรวม เช่น การให้อาหาร การให้ยา การเปลี่ยนผ้าอ้อม การเช็ดตัว การวัดสัญญาณชีพ การดูดเสมหะ การส่งเวร และ 2) กิจกรรมประจำวันที่ทำให้เกิดเสียงมากที่สุด 4 กิจกรรม ได้แก่ การเช็ดตัว การวัดสัญญาณชีพ การดูดเสมหะ และการส่งเวร

วัตถุประสงค์การวิจัย

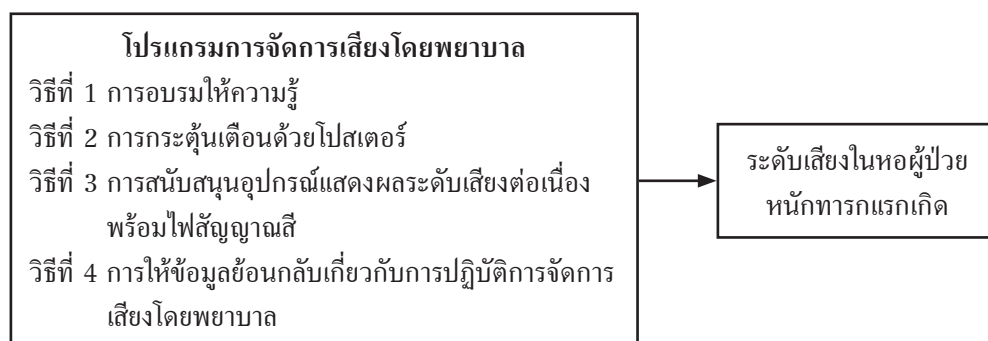
เพื่อเปรียบเทียบระดับเสียงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

หลังการใช้โปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาล ระดับเสียงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการเสียงโดยพยาบาลเพื่อลดผลกระทบต่อการเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมบูรณ์ของร่างกายและระบบประสาทยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ซึ่งมีสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากในครรภ์มารดา การถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยเฉพาะเสียงในหอผู้ป่วยที่ตั้งตลอดเวลาเกินค่ามาตรฐานที่แนะนำ คือ 45–55 เดซิเบล จะทำให้ทารกเกิดความเครียดและมีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน และอาจมีพัฒนาการด้านภาษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการควบคุมเสียงจากแหล่งกำเนิดเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการจัดการเสียงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาล ที่ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ การกระตุ้นเตือนด้วยโปสเตอร์ การสนับสนุนอุปกรณ์แสดงผลของระดับเสียงต่อเนื่องพร้อมไฟสัญญาณสี และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดการเสียงของพยาบาล เพื่อลดระดับเสียงที่ดังเกินค่ามาตรฐาน อันจะส่งผลดีต่อทารกเกิดก่อนกำหนด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในหอผู้ป่วย 2) ไม่ได้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามที่กำหนด และขอลถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน โดยการวิจัยครั้งนี้มีหน่วยการวิเคราะห์ คือ จำนวนเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดเสียงในขณะที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน 2 ลักษณะ คือ 1) กิจกรรมประจำวันโดยรวม เช่น การให้อาหาร การให้ยา การเปลี่ยนผ้าอ้อม การเช็ดตัว การวัดสัญญาณชีพ การดูดเสมหะ การส่งเวร และ 2) กิจกรรมประจำวันที่ทำให้เกิดเสียงมากที่สุด 4 กิจกรรม ได้แก่ การเช็ดตัว การวัดสัญญาณชีพ การดูดเสมหะ และการส่งเวร ทั้งนี้ การวัดระดับเสียงเฉลี่ยในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันแต่ละครั้ง คิดเป็น 1 เหตุการณ์ กำหนดจำนวนเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดเสียงโดยใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Burns & Grove, 2009) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดเสียงมากที่สุด กิจกรรมละ 27 เหตุการณ์ รวมจำนวน 108 เหตุการณ์

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 วิธี ดังนี้

1.1 การอบรมให้ความรู้ เรื่อง เสียงรบกวน และอันตรายสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด ใช้เวลา

ประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที สื่อที่ใช้ คือ 1) แผนการสอน และ PowerPoint ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการได้ยินในทารกเกิดก่อนกำหนด สาเหตุของการเกิดเสียงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผลกระทบต่อทารกเกิดก่อนกำหนด และแนวทางการแก้ไขปัญหาและการลดระดับเสียงในหอผู้ป่วย 2) วิดิทัศน์เรื่อง prenatal brain development และ 3) คู่มือการปฏิบัติการจัดการเสียงโดยพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมในการควบคุมระดับเสียงโดยพยาบาล ประกอบด้วย การปฏิบัติการจัดการเสียงในขณะที่เช็ดตัว จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติการจัดการเสียงในขณะที่วัดสัญญาณชีพ จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติการจัดการเสียงในขณะที่ดูดเสมหะ จำนวน 6 ข้อ การปฏิบัติการจัดการเสียงในขณะที่ส่งเวร จำนวน 5 ข้อ และการปฏิบัติการจัดการเสียงในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยรวม จำนวน 15 ข้อ รวมจำนวน 36 ข้อ

1.2 การกระตุ้นเตือนด้วยโปสเตอร์ สื่อที่ใช้ คือ โปสเตอร์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นรูปภาพและข้อความสั้นๆ เพื่อจูงใจหรือเตือนให้ระมัดระวังการทำให้เกิดเสียงดัง/เตือนให้รักษาความเงียบ จำนวน 3 แผ่น โดยนำไปติดที่บริเวณตู้ obat ทารก เคา่นเตอร์พยาบาล และประตูทางเข้าหอผู้ป่วย

1.3 การสนับสนุนอุปกรณ์แสดงผลระดับเสียงต่อเนื่องพร้อมไฟสัญญาณสี สื่อที่ใช้ คือ อุปกรณ์แสดงผลระดับเสียงต่อเนื่องพร้อมไฟสัญญาณสี ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องวัดระดับเสียงที่ได้มาตรฐาน ยี่ห้อ Mastech รุ่น MS6701 โดยมีการตรวจสอบระดับเสียงที่ต้องการวัด จากนั้นนำข้อมูลระดับเสียงมาแสดงผ่านทางจอมอนิเตอร์ LED เป็นตัวเลขและสัญลักษณ์สี คือ ตัวเลขสีเขียว เมื่อระดับเสียงต่ำกว่า 45 เดซิเบล ตัวเลขสีเหลือง เมื่อระดับเสียงอยู่ในช่วง 45-55 เดซิเบล และตัวเลขสีแดง เมื่อระดับเสียงมากกว่า 55 เดซิเบล พร้อมกำหนดให้มีการบันทึกค่าระดับเสียงอัตโนมัติลงในหน่วยความจำของ SD Card ทุกๆ 30 วินาที

1.4 การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติ การจัดการเสี่ยงโดยพยาบาล ผู้วิจัยนำข้อมูลคะแนน จากแบบสังเกตการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาล มาวิเคราะห์การปฏิบัติที่ถูกต้องหลังการใช้โปรแกรม และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดการเสี่ยง โดยพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 เพื่อกระตุ้นให้ พยาบาลเห็นแนวโน้มนการปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมถึงระดับ เสี่ยงที่ลดลง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย หนักทารกแรกเกิด และการได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับ การจัดการเสี่ยงในหอผู้ป่วย/การส่งเสริมพัฒนาการทารก เกิดก่อนกำหนด จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น แบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสังเกตการปฏิบัติการจัดการ เสี่ยงโดยพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาตามคู่มือ การปฏิบัติการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ทารกแรกเกิด ประกอบด้วย การปฏิบัติการจัดการเสี่ยง ในขณะเช็ดตัว จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติการจัดการ เสี่ยงในขณะวัดสัญญาณชีพ จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติ การจัดการเสี่ยงในขณะดูดเสมหะ จำนวน 6 ข้อ การปฏิบัติ การจัดการเสี่ยงในขณะสังเวย จำนวน 5 ข้อ และการปฏิบัติ การจัดการเสี่ยงในขณะปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยรวม จำนวน 15 ข้อ รวมจำนวน 36 ข้อ มีลักษณะคำถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) โดยให้เลือก ตอบว่าปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ แล้วนำมาคำนวณเป็นค่า ร้อยละ สำหรับการแปลผล ค่าร้อยละที่เพิ่มขึ้น หมายถึง พยาบาลมีการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงบ่อยครั้งขึ้น

ชุดที่ 3 แบบบันทึกระดับเสี่ยง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับบันทึกระดับเสี่ยงจากอุปกรณ์แสดงผลระดับ เสี่ยงต่อเนื่อง ในรูปแบบโปรแกรมเอ็กเซล (Excel) โดยมิ การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ เวลา และค่าระดับเสี่ยง

ทุก ๆ 30 วินาที

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาลไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยกุมารแพทย์ อาจารย์ พยาบาล (2 คน) และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (3 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้ กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารก แรกเกิด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ ที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน นำอุปกรณ์ แสดงผลระดับเสี่ยงต่อเนื่องพร้อมไฟสัญญาณสีไป ตรวจสอบความเชื่อมั่นในการวัด โดยการสอบเทียบกับ เครื่องวัดระดับเสียงที่ได้มาตรฐาน ของกองโรคจาก การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ได้ค่าอยู่ในช่วงที่ ยอมรับได้ คือ $\pm$ ไม่เกิน 1 เดซิเบล ส่วนแบบสังเกต การปฏิบัติการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาล นำไปทดลอง สังเกตการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาล ในหอผู้ป่วย หนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ จำนวน 15 เหตุการณ์ โดยผู้วิจัยและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านทารกเกิดก่อนกำหนด ได้ค่าความเชื่อมั่นจาก การสังเกต (intrate reliability) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 128/2019 วันที่ 2 ตุลาคม 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ (เอกสารรับรอง เลขที่ RP042/62 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนิน การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอน การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัว จากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษา เป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ

นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวช และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ รวมทั้งชี้แจงการถูกสังเกต การปฏิบัติการจัดการเสียง จากนั้นให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล โดยใช้เวลา 2-3 นาที

3. ในช่วงวันที่ 1-27 ผู้วิจัยวัดระดับเสียงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ก่อนการทดลอง (pre-test) ในขณะที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน 2 ลักษณะ คือ 1) กิจกรรมประจำวันโดยรวม เช่น การให้อาหาร การให้ยา การเปลี่ยนผ้าอ้อม การเช็ดตัว การวัดสัญญาณชีพ การดูดเสมหะ การส่งเวร และ 2) กิจกรรมประจำวันที่ทำให้เกิดเสียงมากที่สุด 4 กิจกรรม ได้แก่ การเช็ดตัว การวัดสัญญาณชีพ การดูดเสมหะ และการส่งเวร ในช่วงเวลา 05.00-10.00 น. โดยเลือกดูบทารกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากตามหมายเลขดูบทารก จากนั้นนำอุปกรณ์แสดงผลระดับเสียงต่อเนื่องพร้อมไฟสัญญาณสีไปวางด้านในดูบทารก ห่างจากหูทารกไม่เกิน 20 เซนติเมตร โดยไม่มีการแสดงค่าระดับเสียงผ่านทางจอมอนิเตอร์ LED จากนั้นสังเกตการปฏิบัติการจัดการเสียงโดยพยาบาล โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ตามแบบสังเกตการปฏิบัติการจัดการเสียงโดยพยาบาล โดยมีการบันทึกค่าระดับเสียงอัตโนมัติ ทุกๆ 30 วินาที จนครบจำนวนเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดเสียงมากที่สุด กิจกรรมละ 27 เหตุการณ์

4. ในวันที่ 28 ซึ่งเป็นวันประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผู้วิจัยดำเนินการใช้โปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาล โดยการอบรมให้ความรู้ เรื่อง เสียงรบกวนและอันตรายสำหรับทารก

เกิดก่อนกำหนด ตามแผนการสอน PowerPoint วีดิทัศน์ และคู่มือการปฏิบัติการจัดการเสียงโดยพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที (กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ ผู้วิจัยจะนัดหมายเพื่ออบรมให้ความรู้) ทั้งนี้ การอบรมให้ความรู้ประกอบด้วย การอภิปรายปัญหาสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด การชมวีดิทัศน์ การบรรยายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมด้านเสียงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และการแจกคู่มือพร้อมอธิบายตามคู่มือ จากนั้นผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการกระตุ้นเตือนด้วยโปสเตอร์หลักการทำงานของอุปกรณ์แสดงผลระดับเสียงต่อเนื่องพร้อมไฟสัญญาณสี รวมทั้งสาธิตการปฏิบัติการจัดการเสียงตามคู่มือและการแสดงผลของอุปกรณ์แสดงผลระดับเสียงต่อเนื่องพร้อมไฟสัญญาณสี จากนั้นผู้วิจัยนำโปสเตอร์ไปติดที่บริเวณดูบทารก เคาเตอร์พยาบาล และประตูทางเข้าหอผู้ป่วย

5. ในช่วงวันที่ 29-55 ผู้วิจัยวัดระดับเสียงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด หลังการทดลอง (post-test) ในขณะที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน 2 ลักษณะ ในช่วงเวลา 05.00-10.00 น. โดยเลือกดูบทารกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากตามหมายเลขดูบทารก จากนั้นนำอุปกรณ์แสดงผลระดับเสียงต่อเนื่องพร้อมไฟสัญญาณสีไปวางด้านในดูบทารก ห่างจากหูทารกไม่เกิน 20 เซนติเมตร โดยมีการแสดงค่าระดับเสียงเป็นตัวเลขผ่านทางจอมอนิเตอร์ LED ตลอดเวลา จากนั้นสังเกตการปฏิบัติการจัดการเสียงโดยพยาบาล โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ตามแบบสังเกตการปฏิบัติการจัดการเสียงโดยพยาบาล โดยมีการบันทึกค่าระดับเสียงอัตโนมัติ ทุกๆ 30 วินาที จนครบจำนวนเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดเสียงมากที่สุด กิจกรรมละ 27 เหตุการณ์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดการเสียงโดยพยาบาล แก่กลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 29-35) สัปดาห์ที่ 2 (วันที่ 36-42) และสัปดาห์ที่ 3 (วันที่ 43-49)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบระดับเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล พบว่า พยาบาลทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 22–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 35.07 ปี ($SD = 8.63$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 92.90 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 1–5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.70 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 10 ปี ($SD = 8.13$) และไม่เคย

ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการเสี่ยงในหอผู้ป่วย/การส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 57.10

2. การปฏิบัติการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาล พบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯ พยาบาลมีการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงในขณะปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยรวม บ่อยครั้งขึ้น จากร้อยละ 41.90 เป็นร้อยละ 85.67 เมื่อจำแนกตามกิจกรรมประจำวันที่ทำให้เกิดเสี่ยงมากที่สุด 4 กิจกรรม พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงในขณะเช็ดตัวบ่อยครั้งขึ้น จากร้อยละ 17.78 เป็นร้อยละ 82.96 มีการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงในขณะวัดสัญญาณชีพบ่อยครั้งขึ้น จากร้อยละ 42.96 เป็นร้อยละ 86.67 มีการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงในขณะดูดเสมหะบ่อยครั้งขึ้น จากร้อยละ 30.25 เป็นร้อยละ 69.14 และมีการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงในขณะส่งเวรบ่อยครั้งขึ้น จากร้อยละ 30.37 เป็นร้อยละ 79.26 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การปฏิบัติการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาล

กิจกรรม	ก่อนการใช้โปรแกรม (ร้อยละ)	หลังการใช้โปรแกรม (ร้อยละ)
การเช็ดตัว	17.78	82.96
การวัดสัญญาณชีพ	42.96	86.67
การดูดเสมหะ	30.25	69.14
การส่งเวร	30.37	79.26
การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยรวม	41.90	85.67

3. การเปรียบเทียบระดับเสียงในหอผู้ป่วยหนัก ทารกแรกเกิด ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรม การจัดการเสียงโดยพยาบาล พบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯ ระดับเสียงเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยรวม ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.263, p<.001$) เมื่อจำแนกตามกิจกรรมประจำวัน

ที่ทำให้เกิดเสียงมากที่สุด 4 กิจกรรม พบว่า หลังการใช้ โปรแกรมฯ ระดับเสียงเฉลี่ยในการเช็ดตัว การวัดสัญญาณชีพ การดูดเสมหะ และการส่งเวร ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.385, p<.001; t=3.873, p<.01; t=3.884, p<.01$ และ $t=2.320, p<.05$ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับเสียงเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ระหว่างก่อนกับหลังการใช้ โปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาล

กิจกรรม	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		<i>t</i>	<i>p</i>
	min-max	<i>M</i> (<i>SD</i>)	min-max	<i>M</i> (<i>SD</i>)		
การเช็ดตัว	53.39–80.37	64.62 (6.00)	52.10–64.56	56.71 (1.99)	7.385	< .001
การวัดสัญญาณชีพ	51.16–78.84	58.83 (8.06)	50.67–55.89	52.46 (1.72)	3.873	.001
การดูดเสมหะ	55.56–85.31	68.09 (7.53)	53.60–69.87	61.50 (3.74)	3.884	.001
การส่งเวร	51.31–78.76	57.42 (5.98)	51.47–66.51	54.59 (2.04)	2.320	.014
การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยรวม	49.06–88.97	63.67 (5.03)	48.06–75.16	55.32 (2.27)	9.263	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการจัดการ เสียงโดยพยาบาล ระดับเสียงเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรม ประจำวันโดยรวมต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมให้ความรู้ เรื่อง เสียงรบกวนและอันตรายสำหรับทารกเกิดก่อน กำหนด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ เกิดความเข้าใจ และเกิดความตระหนักถึงผลกระทบของเสียงต่อทารก เกิดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของดลค์พร มาตยานุญ, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, และมาลี เอื้ออำนวย (2559) ที่พบว่า ความรู้และการอบรมเกี่ยวกับการดูแล เพื่อส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของพยาบาล และ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ คงแดง (2550) ที่พบว่า การให้โปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ประกอบกับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสาธิตการปฏิบัติการจัดการเสียง ตามคู่มือ จึงช่วยให้มีความสามารถในการปฏิบัติการจัดการ เสียงที่เหมาะสมยิ่งขึ้น รวมถึงการแจกคู่มือช่วยให้สามารถ ทบทวนความรู้ความเข้าใจในภายหลังได้ นอกจากนี้ใน การกระตุ้นเตือนด้วยโปสเตอร์ เป็นการให้สื่อที่บันทึก ความรู้และรูปภาพ ซึ่งช่วยสร้างความสนใจและช่วยให้เกิด การเรียนรู้ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธา วัฒนพงษ์, จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ, และนงเยาว์ เกษตรภิบาล (2559) ที่มีการใช้โปสเตอร์ในการกระตุ้นเตือนพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดให้ปฏิบัติตามหลักการป้องกัน การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง มีผลทำให้พยาบาลมี

การปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ คงแดง (2550) ที่มีการใช้ไปสเตอร์เตือนร่วมกับวิธีการอื่นๆ ในการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันเพิ่มขึ้น การใช้ไปสเตอร์ยังช่วยถ่ายทอดเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการเสี่ยงแก่กลุ่มตัวอย่างได้ดีกว่าการฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว และช่วยดึงดูดความสนใจมากขึ้น โดยภาพที่ไปสเตอร์เตือนสามารถอธิบายความหมาย และทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น (นงศ์กรณ วิเศษกุล, 2562) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างระลึกได้ จดจำวิธีการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงได้ และถูกกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติมากขึ้น ดังที่ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่บ่อยครั้งขึ้นในทุกกิจกรรม

นอกจากนี้ การสนับสนุนอุปกรณ์แสดงผลระดับเสี่ยงต่อเนื่องพร้อมไฟสัญญาณสี มีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างทราบสถานการณ์ของระดับเสี่ยงได้ตลอดเวลาในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมในหอผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างจะมองที่จอมอนิเตอร์ LED ของอุปกรณ์แสดงผลระดับเสี่ยงต่อเนื่องพร้อมไฟสัญญาณสี ทำให้รับรู้ถึงระดับเสี่ยงเกิดความตระหนักว่าระดับเสี่ยงนั้นถึงเกณฑ์มาตรฐาน ในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมเมื่อจอมอนิเตอร์ LCD แสดงตัวเลขสีแดง ซึ่งเป็นระดับเสี่ยงที่มากกว่า 55 เดซิเบล ทำให้มีการหาสาเหตุของเสียงที่ดังและทำการแก้ไขทันที ในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันไปด้วย (Laudert et al., 2007) อีกทั้งยังมีการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาล ซึ่งมีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการปฏิบัตินั้นถูกต้องตามมาตรฐาน (Swansburg, 2002) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลการปฏิบัติการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมมาอภิปรายพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 จึงช่วยให้มีการประเมินการปฏิบัติของตนเอง และรับรู้ว่าการปฏิบัติที่ผ่านมามีผลต่อการลด

ระดับเสียงมากน้อยเพียงใด และปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมเพียงใด จึงเป็นการช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดี และเกิดการปฏิบัติจัดการความเสี่ยงที่สามารถลดระดับเสียงเฉลี่ยในหอผู้ป่วยลงได้ตามมาตรฐาน (Tappen, 2001)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการจัดการเสี่ยงโดยพยาบาล ระดับเสียงเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ทำให้เกิดเสียงมากที่สุด 4 กิจกรรม ได้แก่ การเช็ดตัว การวัดสัญญาณชีพ การดูดเสมหะ และการส่งเวร ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในการเช็ดตัว ก่อนการใช้โปรแกรมฯ การไม่กดปิดสัญญาณเตือนก่อนปฏิบัติกิจกรรมหรือการไม่กดปิดสัญญาณเตือนเมื่อมีการเตือนซ้ำ เป็นสาเหตุหลักของเสียงที่ดัง (Philbin, 2000) รวมถึงการไม่คอยระมัดระวังในการเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ในการเช็ดตัว แต่หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีอุปกรณ์วัดระดับเสียง ทำให้มีการกดปิดสัญญาณเตือนก่อนการเช็ดตัวมากขึ้น และมีความระมัดระวังมากขึ้น ทำให้ระดับเสียงเฉลี่ยลดลง ส่วนการวัดสัญญาณชีพ ก่อนการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยกดปิดสัญญาณเตือนก่อนการวัดสัญญาณชีพ ทำให้ระดับเสียงเฉลี่ยยังคงเกินค่ามาตรฐาน แต่หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีอุปกรณ์วัดระดับเสียง ทำให้มีการกดปิดสัญญาณเตือนก่อนการวัดสัญญาณชีพมากขึ้น และมีความระมัดระวังมากขึ้น ทำให้ระดับเสียงเฉลี่ยลดลง สำหรับการดูดเสมหะ เป็นกิจกรรมประจำวันที่ทำให้เกิดเสียงดังมากที่สุด เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ทุกความทารกเกิดก่อนกำหนดและทำให้ทารกแสดงสื่อสัญญาณความเครียดในระบบต่างๆ ขณะดูดเสมหะ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่เฝ้าระวัง และการควบคุมระดับเสียงที่เกิดจากอุปกรณ์การแพทย์นั้นทำได้ยาก ในส่วนการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างมาจากการไม่กดปิดสัญญาณเตือนก่อนการดูดเสมหะ การไม่เทน้ำที่ค้างอยู่ในสายเครื่องช่วยหายใจออก และการเปิดออกซิเจนทิ้งไว้หลังการดูดเสมหะ แต่หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีอุปกรณ์วัดระดับเสียง ทำให้มีการกดปิดสัญญาณ

เตือนก่อนการดูเดสหมะมากขึ้น และมีความระมัดระวังมากขึ้น ทำให้ระดับเสียงเฉลี่ยลดลง และในการส่งเวรนั้นอธิบายได้ว่า การส่งเวรเป็นกิจกรรมที่เกิดเสียงดังจากเสียงสนทนาของพยาบาล (Carvalho, Santos, da Silva, & Xavier, 2015) หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างได้ลดการพูดคุยใกล้บริเวณตู้ obat และเมื่อจอมอนิเตอร์ LCD แสดงตัวเลขสีแดง จะเดินออกห่างจากตู้ obat ในการส่งเวรมากขึ้น และพูดคุยด้วยเสียงที่เบามากขึ้น (Blackburn, 1998; Philbin, 2000) ทำให้ระดับเสียงเฉลี่ยลดลง

แม้ว่าโปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดจะมีประสิทธิภาพในการช่วยให้อัตราเสียงในหอผู้ป่วยลดลง แต่พบว่า ระดับเสียงที่ลดลงในบางกิจกรรมโดยเฉพาะการดูเดสหมะยังคงมีค่าเกินมาตรฐาน ทั้งนี้เนื่องจากเสียงที่เกิดจากการดูเดสหมะนั้น ส่วนหนึ่งมาจากอุปกรณ์การแพทย์ซึ่งควบคุมระดับเสียงที่เกิดขึ้นได้ยาก นอกจากนี้ ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดยังมีการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ อีกหลายกิจกรรม ที่ส่งผลต่อระดับเสียงในหอผู้ป่วย และมีบุคลากรในทีมสุขภาพที่นอกเหนือจากพยาบาล รวมถึงมีญาติผู้ป่วยที่เข้ามาเยี่ยม ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อระดับเสียงในหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาลถือว่ามีประโยชน์ และช่วยให้พยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดสามารถนำไปใช้ในการจัดการเสียงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ควรนำโปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาลไปใช้ในการจัดการเสียงในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และผู้บริหารควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาล ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาน้ำหนักตัว และพัฒนาการของทารก โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อน ขณะ และหลังการใช้โปรแกรม

2.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเสียงโดยพยาบาล ในการจัดการเสียงของกิจกรรมอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อทารกเกิดก่อนกำหนด เช่น เสียงของบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เสียงของญาติผู้ป่วยที่เข้ามาเยี่ยม

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf
- ดลภักดิ์ มาตยาบุญ, พิมพ์ภากรณ์ กลั่นกลิ่น, และมาลี เอื้ออำนวย. (2559). การปฏิบัติของพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร*, 43(4), 1-11.
- นงศ์กรวิญญู วิเศษกุล. (2562). *การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งทิพย์ คงแดง. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุคนธา วัฒนพงษ์, จิตตารัตน์ จิตริเชื้อ, และนางเยาว์ เกษตรภิบาล. (2559). ผลของหลายกลยุทธ์ต่อการปฏิบัติการป้องกันและอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องคลอด. *พยาบาลสาร*, 43(2), 57-67.

- Aita, M., & Goulet, C. (2003). Assessment of neonatal nurses' behaviors that prevent overstimulation in preterm infants. *Intensive & Critical Care Nursing, 19*(2), 109–118. doi:10.1016/s0964-3397(03)00023-5
- American Academy of Pediatrics. (1997). *Noise: A hazard for the fetus and newborn*. Retrieved from <http://www.aap.org>
- Blackburn, S. (1998). Environmental impact of the NICU on developmental outcomes. *Journal of Pediatric Nursing, 13*(5), 279–289. doi:10.1016/S0882-5963(98)80013-4
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Carvalho, C., Santos, J., da Silva, M. V., & Xavier, A. (2015). Is there sufficient training of health care staff on noise reduction in neonatal intensive care units? a pilot study from neonnoise project. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A, 78*(13–14), 897–903. doi:10.1080/15287394.2015.1051204
- Chang, Y. J., Pan, Y. J., Lin, Y. J., Chang, Y. Z., & Lin, C. H. (2006). A noise-sensor light alarm reduces noise in the newborn intensive care unit. *American Journal of Perinatology, 23*(5), 265–271. doi:10.1055/s-2006-941455
- Laudert, S., Liu, W. F., Blackington, S., Perkins, B., Martin, S., Macmillan-York, E., ... Handyside, J. (2007). Implementing potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of Perinatology, 27*(Suppl. 2), 75–93. doi:10.1038/sj.jp.7211843
- Lubbe, W., Van der Walt, C., & Kloppe, H. (2012). NICU environment—what should it be like?. *Journal of Neonatal Nursing, 18*(3), 90–93. doi:10.1016/j.jnn.2012.03.006
- McMahon, E., Wintermark, P., & Lahav, A. (2012). Auditory brain development in premature infants: The importance of early experience. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1252*(1), 17–24. doi:10.1111/j.1749-6632.2012.06445.x
- Milette, I. (2010). Decreasing noise level in our NICU: The impact of a noise awareness educational program. *Advances in Neonatal Care, 10*(6), 343–351. doi:10.1097/ANC.0b013e318fc8108
- Nogueira, M. de F. H., Di Piero, K. C., Ramos, E. G., de Souza, M. N., & Dutra, M. V. P. (2011). Noise measurement in NICUs and incubators with newborns: A systematic literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*(1), 212–221. doi:10.1590/s0104-11692011000100028
- Philbin, M. K. (2000). The influence of auditory experience on the behavior of preterm newborns. *Journal of Perinatology, 20* (8 Pt 2), 77–87. doi:10.1038/sj.jp.7200453

- Santos, J., Carvalhais, C., Xavier, A., & Silva, M. V. (2018). Assessment and characterization of sound pressure levels in Portuguese neonatal intensive care units. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 73(2), 121–127. doi:10.1080/19338244.2017.1304883
- Swansburg, R. C. (2002). Communication. In R. C. Swansburg & R. J. Swansburg (Eds.), *Introduction to management and leadership for nurse managers* (pp. 502–514). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Tappen, R. M. (Ed.). (2001). *Nursing leadership and management: Concepts and practice*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Wachman, E. M., & Lahav, A. (2011). The effects of noise on preterm infants in the NICU. *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition*, 96(4), 305–309. doi:10.1136/adf.2009.182014
- World Health Organization. (2009). *Engineering noise control*. Retrieved from http://www.who.int/occupational_health/publications/noise10.pdf
-

ปัจจัยทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชาย ในจังหวัดชลบุรี*

Factors Predicting Sexual Arousal Management among Male Adolescents in Chonburi Province*

กฤษณพงศ์ ลาภพล, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹

Kritsanaphong Laphphol, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)¹

นิสากร กรุงไกรเพชร, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)²

Nisakorn Krungkraipetch, Dr.P.H. (Public Health Nursing)²

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)³

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

Received: March 7, 2022 Revised: April 16, 2022 Accepted: April 18, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาการจัดการอารมณ์ทางเพศ และปัจจัยทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเพศชายชั้นมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาในจังหวัดชลบุรี จำนวน 240 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายในจังหวัดชลบุรี แบ่งออกเป็น 9 ส่วน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .71-.93 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

¹ มหำบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Community Nurse Practitioner, 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: nisakorn@buu.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ผลการวิจัยพบว่า 1) อิทธิพลจากเพื่อน ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ สื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัว และการปฏิบัติทางศาสนา สามารถร่วมกันทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ร้อยละ 46.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .461, p < .001$) 2) การสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัว อิทธิพลจากเพื่อน ระดับการศึกษา และความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศ สามารถร่วมกันทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ร้อยละ 15.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .155, p < .001$) และ 3) ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ อิทธิพลจากเพื่อน และสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ สามารถร่วมกันทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ร้อยละ 38.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .388, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมให้วัยรุ่นชายเลือกบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ให้ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีการสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศ เพื่อให้วัยรุ่นชายมีการจัดการอารมณ์ทางเพศที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การจัดการอารมณ์ทางเพศ การควบคุมอารมณ์ทางเพศ การเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศ การปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศ

Abstract

This predictive correlational research aimed to identify sexual arousal management and predictive factors of sexual arousal management among male adolescents. The samples were 240 male high school and vocational students in Chonburi Province. The research instrument was a nine-part questionnaire of factors predicting sexual arousal management among male adolescents in Chonburi Province with reliability in the range of .71–.93. Data were collected in December, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that 1) influence from friends, experience in sexual intercourse, media stimulating sexual arousal, communication regarding sexual arousal management, and religious practices were statistically significantly accounted for 46.10% of the variance of sexual arousal management in term of controlling sexual emotion among male adolescents ($R^2 = .461, p < .001$); 2) communication regarding sexual arousal management, influence from friends, education level, and knowledge about sexual arousal management were statistically significantly accounted for 15.50% of the variance of sexual arousal management in term of deviating from sexual emotion among male adolescents ($R^2 = .155,$

$p < .001$); and 3) experience in sexual intercourse, influence from friends, and media stimulating sexual arousal were statistically significantly accounted for 38.80% of the variance of sexual arousal management in term of releasing sexual emotion among male adolescents ($R^2 = .388$, $p < .001$).

This research suggests that nurses should enhance media literacy among male adolescents as well as promote religious activities participation, provide knowledge about sexual arousal management, and enhance communication regarding sexual arousal management in family. This will help male adolescents have an appropriate sexual arousal management.

Keywords: Sexual arousal management, Sexual arousal control, Sexual deviation, Sexual release

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการอารมณ์ทางเพศเป็นปฏิกิริยาที่มนุษย์ใช้เมื่อเกิดอารมณ์หรือความรู้สึกทางเพศ ในการตอบสนองระบบ หรือปลดปล่อยอารมณ์หรือความรู้สึก อารมณ์ทางเพศจะเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่อายุ 12 ปีขึ้นไป หรือเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น การจัดการอารมณ์ทางเพศที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นมี 3 วิธี คือ 1) การควบคุมอารมณ์ทางเพศด้วยการข่มใจ หักห้ามใจไม่ให้เกิดอารมณ์ทางเพศ หรือพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าต่างๆ เช่น สิ่งช่วยอารมณ์ทางเพศ การอยู่ตามลำพังกับคู่อีก 2) การเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมสันทนาการ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจเมื่อเกิดอารมณ์ทางเพศ และ 3) การปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศด้วยการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (masturbation) (โสภาส ธรรมวานิช, 2526 อ้างถึงในทิพย์สิริ กาญจนวาสิ, 2557) ซึ่งการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นชายมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2558)

วัยรุ่นชายที่มีการจัดการอารมณ์ทางเพศด้วยวิธีปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศด้วยการมีเพศสัมพันธ์มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ หากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe sex) จากรายงานของ National AIDS Management Center (2015) พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 ผู้ที่ติดเชื้อจากโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์และเชื้อเอชไอวีรายใหม่เป็นวัยรุ่นมากถึงร้อยละ 70 สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (2562) ที่พบว่าเมื่ออัตราป่วยในปี พ.ศ. 2556 และ 2561 เท่ากับ 93.60 และ 189.50 ต่อแสนประชากรอายุ 15–24 ปี ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การจัดการอารมณ์ทางเพศด้วยวิธีปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศด้วยการมีเพศสัมพันธ์ยังอาจส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของหญิงที่เป็นคู่กันได้ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ใน A situation analysis of adolescents in Thailand 2015–2016 (UNICEF Thailand, 2018) พบว่า วัยรุ่นหญิงมีอัตราการทำแท้งด้วยสาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากถึงร้อยละ 58.50 ในจำนวนนี้เป็นการตั้งครรภ์จากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันมากถึงร้อยละ 79.80 ทั้งนี้ จังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15–19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15–19 ปี มากเป็นอันดับ 3 ของประเทศ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2562) โดยในปี พ.ศ. 2557 และ 2560 จังหวัดชลบุรีมีจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร เท่ากับ 1,191 ราย และ 2,486 ราย ตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2560) ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาที่

เกี่ยวข้องกับการจัดการอารมณ์ทางเพศ ซึ่งการจัดการอารมณ์ทางเพศที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นชายได้ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นชาย โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ (อนุชิต วรรกา, มณีนันท์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล, และนิรัตน์ อิมามิ, 2558) ระดับการศึกษา (เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, นฤมล เฌงไถ่, อัครีย์ พิษย์รัตน์, และจันทร์เพ็ญ เลิศวันวัฒนา, 2561) ทักษะคิดเรื่องเพศ (ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร, และแววดาว คำเขียว, 2556; พิษญา พจนโพธา, ศุภโชค สิงห์กันต์, จูติวิ แก้วพรสวรรค์, และสุพร อภินันทเวช, 2560) ความรู้เรื่องเพศ (พิษญา พจนโพธา และคณะ, 2560) การปฏิบัติทางศาสนา (อุมากรณ์ ภัทราวณิชย์, 2557) การมีแฟนหรือคูรัก (Atwood et al., 2012) อิทธิพลจากเพื่อน (วรรณศิริ ประจันโน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวสน์, และพรณา หอมสินธุ์, 2560; สุกัญญา สุรังษี, 2558) สื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ (วรรณศิริ ประจันโน และคณะ, 2560) ประเภทการศึกษา (รณรงค์ ศรีพล, 2559) รูปแบบการเลี้ยงดู (อนุชิต วรรกา และคณะ, 2558) การสื่อสารเรื่องเพศ (Lam, Russell, Tan, & Leong, 2007) และประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (Tu, Lou, Gao, Li, & Zabin, 2012) โดยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคลที่เป็นตัวพัฒนาโครงสร้างทางสติปัญญาของวัยรุ่น ซึ่งส่งผลต่อการจัดการอารมณ์ทางเพศ

การจัดการอารมณ์ทางเพศที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคลเป็นปัจจัยในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งจากทฤษฎีระบบเพศสัมพันธ์ (The sexual system) ของ Abramson (1983) เชื่อว่า การแสดงออกทางเพศถูกควบคุมด้วยโครงสร้างทางสติปัญญา (cognitive structure) ที่เปรียบเสมือนแหล่งเก็บความรู้สึกรับรู้ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โครงสร้างทางสติปัญญานี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม

ทางเพศทั้งหมด ซึ่งพัฒนามาจากตัวป้อน (input) 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) วุฒิภาวะ (maturation) 2) บรรทัดฐานทางสังคม (social norms) 3) มาตรฐานของผู้ปกครอง (parental standards) และ 4) ประสบการณ์ทางเพศ (previous sexual experience) โดยปัจจัย 4 ปัจจัยนี้เป็นทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคลที่มีผลต่อโครงสร้างทางสติปัญญา ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดการอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชาย

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอารมณ์ทางเพศในวัยรุ่นชาย ประกอบกับขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมไทยถือว่าเป็นเรื่องที่น่าอายที่จะกล่าวถึงจึงขาดการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศ ทำให้ขาดองค์ความรู้ที่จะทำความเข้าใจในปัจจัยและการพัฒนาแนวทางแก้ไข และการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แต่ยังไม่มีการศึกษาด้านต่อของพฤติกรรม คือ การจัดการอารมณ์ทางเพศในวัยรุ่นชาย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ การควบคุมอารมณ์ทางเพศ การเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศ และการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศ โดยครอบคลุมปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ทักษะคิดต่อการจัดการอารมณ์ทางเพศ ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศ การปฏิบัติทางศาสนา การมีแฟนหรือคูรัก อิทธิพลจากเพื่อน สื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ประเภทการศึกษา รูปแบบการเลี้ยงดู การสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัว และประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาเรื่องเพศในวัยรุ่นชาย โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถใช้ประโยชน์จากผลการวิจัยครั้งนี้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอารมณ์ทางเพศที่เหมาะสม เพื่อลดเพิ่มหรือส่งเสริมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการจัดการอารมณ์ทางเพศในวัยรุ่นชายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศ ด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศ และด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศ ของวัยรุ่นชายในจังหวัดชลบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศ ด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศ และด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศ ของวัยรุ่นชายในจังหวัดชลบุรี

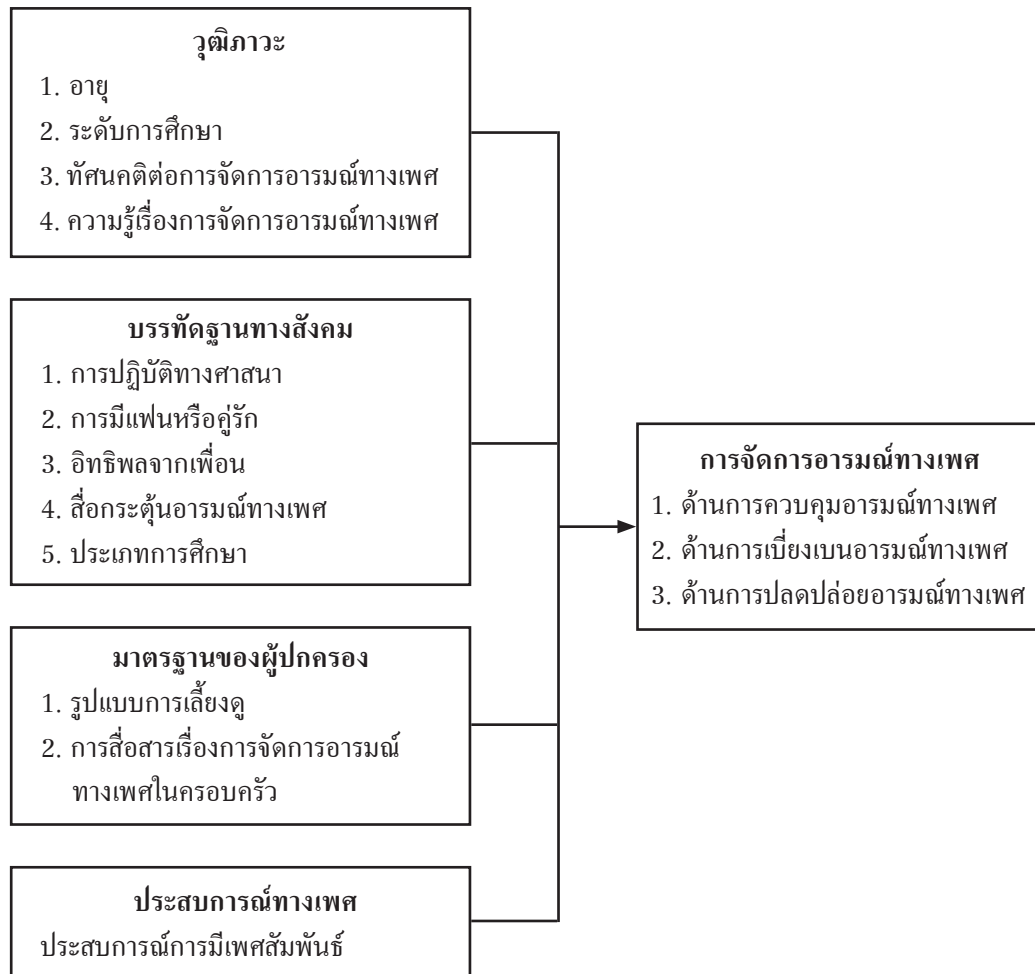
สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระดับการศึกษา ทักษะคิดต่อการจัดการอารมณ์ทางเพศ ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศ การปฏิบัติทางศาสนา การมีแฟนหรือคู่รัก อิทธิพลจากเพื่อน สื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ประเภทการศึกษา รูปแบบการเลี้ยงดู การสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัว และประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ สามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการควบคุม

อารมณ์ทางเพศ ด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศ และด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศ ของวัยรุ่นชายในจังหวัดชลบุรีได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีระบบเพศสัมพันธ์ของ Abramson (1983) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า การแสดงออกทางเพศถูกควบคุมด้วยโครงสร้างทางสติปัญญา ที่เปรียบเสมือนแหล่งเก็บความรู้สึก ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โครงสร้างนี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งพัฒนามาจากตัวป้อน 4 ปัจจัย ได้แก่ วุฒิภาวะ บรรทัดฐานทางสังคม มาตรฐานของผู้ปกครอง และประสบการณ์ทางเพศ โดยปัจจัย 4 ปัจจัยนี้ เป็นทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคลที่มีผลต่อโครงสร้างทางสติปัญญา ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดการอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชาย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักเรียนเพศชายที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2-6 และระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพของภาครัฐ ในจังหวัดชลบุรี ในปีการศึกษา 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้

วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยใช้สูตรของ Tabachnick and Fidell (2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 146 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 176 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะพื้นที่ ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ได้เป็นชุมชนเมืองและชุมชนชนบท แล้วแบ่งสถานศึกษาตาม

สังกัด ได้เป็นสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยม (สพม.) และในสังกัดอาชีวศึกษาจังหวัด (อศจ.) 2) เลือกสถานศึกษาด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม โดยการจับฉลาก และ 3) เลือกห้องเรียนด้วยวิธีการสุ่ม แบบกลุ่มโดยการจับฉลาก ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 252 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามปัจจัยทำนุบำรุงการจัดการอารรมณ์ทางเพศ ของวัยรุ่นชายในจังหวัดชลบุรี แบ่งออกเป็น 9 ส่วน (ส่วนที่ 1-6 ส่วนที่ 8 และส่วนที่ 9 ผู้วิจัยสร้างขึ้น) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความ เกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา การมีแฟนหรือคู่อีก ประเภท การศึกษา และประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ทักษะคิดต่อการจัดการอารรมณ์ทางเพศ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก จำนวน 8 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อความทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีทักษะคิดต่อการจัดการอารรมณ์ทางเพศในระดับ น้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับดี (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับดีที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการจัดการอารรมณ์ทางเพศ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ เรื่องการจัดการอารรมณ์ทางเพศในระดับต่ำ (0-5.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (6-7.99 คะแนน) และใน ระดับดี (8-10 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติทางศาสนา จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติทางศาสนาในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 5 อิทธิพลจากเพื่อน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีอิทธิพลจากเพื่อนใน ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับ มากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 6 สื่อกระตุ้นอารรมณ์ทางเพศ ประกอบด้วย หนังสือโป๊ นิตยสารโป๊ แผ่นภาพโป๊ ภาพยนตร์โป๊ เว็บไซต์โป๊ คลิปโป๊ แอปพลิเคชันโป๊ในโทรศัพท์ เคลื่อนที่ และวีซีดี/ดีวีดีโป๊ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะ คำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) โดยให้ เลือกตอบว่ามีหรือไม่มี โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่ามี ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่มี ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-8 คะแนน สำหรับการแปล ผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีสื่อกระตุ้นอารรมณ์ ทางเพศน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีสื่อกระตุ้น อารรมณ์ทางเพศมาก

ส่วนที่ 7 รูปแบบการเลี้ยงดู ผู้วิจัยประยุกต์จาก แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา ของจุฬาลักษณ์ สกการวงศ์ (2552) แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ แบบอัตตาริปไตย จำนวน 4 ข้อ แบบตามใจ จำนวน 4 ข้อ และแบบประชาธิปไตย จำนวน 4 ข้อ

รวมจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับการแปลผลคะแนน รวมคะแนนในแต่ละรูปแบบการเลี้ยงดู หากรูปแบบการเลี้ยงดูใดมีคะแนนรวมมากที่สุด ถือว่ามีรูปแบบการเลี้ยงดูนั้น

ส่วนที่ 8 การสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศฯ ในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 9 การจัดการอารมณ์ทางเพศ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศ จำนวน 9 ข้อ ด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศ จำนวน 6 ข้อ และด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เลย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านนั้นๆ ในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับบ่อย (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับบ่อยที่สุด (4.51-5.00 คะแนน) นอกจากนี้ยังใช้ค่าคะแนนสัมพัทธ์ในการบ่งบอกสัดส่วนการจัดการอารมณ์ทางเพศแต่ละด้าน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านนั้นๆ น้อย (.01-.33 คะแนน หรือร้อยละ 1-33) มีการจัดการ

อารมณ์ทางเพศด้านนั้นๆ ปานกลาง (.34-.67 คะแนน หรือร้อยละ 34-67) และมีการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านนั้นๆ มาก (.68-1.00 คะแนน หรือร้อยละ 68-100)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 ทศนคติต่อการจัดการอารมณ์ทางเพศ ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศ ส่วนที่ 4 การปฏิบัติทางศาสนา ส่วนที่ 5 อิทธิพลจากเพื่อน ส่วนที่ 7 รูปแบบการเลี้ยงดู ส่วนที่ 8 การสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัว และส่วนที่ 9 การจัดการอารมณ์ทางเพศ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานเรื่องเพศ ในวัยรุ่น (2 คน) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (2 คน) และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่น ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) อยู่ในช่วง .88-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นชายในจังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 4 ส่วนที่ 5 ส่วนที่ 7 ส่วนที่ 8 และส่วนที่ 9 (รายด้าน) ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88, .93, .92, .93, .91, .82, .80 และ .76 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 3 หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .71

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรองเลขที่ 01-09-2562 วันที่ 22 ตุลาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนิน

การวิจัยจากผู้อำนวยการสถานศึกษาแต่ละแห่ง เข้าพบบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างในวัน เวลา และสถานที่ตามที่ทางสถานศึกษานัดหมาย แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน ธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทัศนคติต่อการจัดการอารมณ์ทางเพศ ข้อมูลการปฏิบัติทางศาสนา ข้อมูลอิทธิพลจากเพื่อน และข้อมูลการสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศ ข้อมูลสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และข้อมูลรูปแบบการเลี้ยงดู วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลการจัดการอารมณ์ทางเพศ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนจริง และค่าคะแนนสัมพัทธ์ ส่วนการหาปัจจัยทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทั้งนี้ แบบสอบถามมีความไม่สมบูรณ์ จำนวน 5 ชุด และตรวจพบความผิดปกติของข้อมูล (outlier) จำนวน 7 ชุด จึงวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นชาย พบว่า วัยรุ่นชายส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 14–16 ปี (วัยรุ่นตอนกลาง) คิดเป็นร้อยละ 72.10 โดยมีอายุเฉลี่ย 15.80 ปี ($SD = 1.30$) กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่ไม่มีแฟนหรือคูรัก คิดเป็นร้อยละ 63.30 ศึกษาในสถาบันการศึกษาสายสามัญ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 77.10 และไม่เคยมี

ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา) คิดเป็นร้อยละ 72.10

2. ทัศนคติต่อการจัดการอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชาย พบว่า วัยรุ่นชายมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการจัดการอารมณ์ทางเพศโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.32, SD = 1.25$)

3. ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชาย พบว่า วัยรุ่นชายมีความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในระดับต่ำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.50 รองลงมา คือ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 29.60 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 27.90 ตามลำดับ

4. การปฏิบัติทางศาสนาของวัยรุ่นชาย พบว่า วัยรุ่นชายมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติทางศาสนาโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.69, SD = 1.29$)

5. อิทธิพลจากเพื่อนของวัยรุ่นชาย พบว่า วัยรุ่นชายมีคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลจากเพื่อนโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.94, SD = 1.47$)

6. สื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชาย พบว่า วัยรุ่นชายส่วนใหญ่มีสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศเป็นเว็บไซต์ โป๊ คิดเป็นร้อยละ 68.30 รองลงมา คือ คลิปโป๊ คิดเป็นร้อยละ 48.30 และแอปพลิเคชันโป๊ในโทรศัพท์เคลื่อนที่ คิดเป็นร้อยละ 23.30 ตามลำดับ

7. รูปแบบการเลี้ยงดูของวัยรุ่นชาย พบว่า วัยรุ่นชายส่วนใหญ่มีรูปแบบการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย คิดเป็นร้อยละ 68.80 รองลงมา คือ แบบอัตตาธิปไตย คิดเป็นร้อยละ 18.70 และแบบตามใจ คิดเป็นร้อยละ 12.50 ตามลำดับ

8. การสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัวของวัยรุ่นชาย พบว่า วัยรุ่นชายมีคะแนนเฉลี่ยการสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.80, SD = 1.40$)

9. การจัดการอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชาย พบว่า วัยรุ่นชายมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศในระดับปานกลาง ($M = 3.44, SD = 1.28$) ด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศในระดับ

ปานกลาง ($M = 2.72, SD = 1.39$) และด้านการปลดปล่อย
อารมณ์ทางเพศในระดับน้อย ($M = 1.91, SD = 1.16$)
และพบว่า วัยรุ่นชายมีการจัดการอารมณ์ทางเพศด้าน
การควบคุมอารมณ์ทางเพศในสัดส่วนมากที่สุด ($M = .44,$

$SD = .11$) รองลงมา คือ ด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศ
($M = .33, SD = .09$) และด้านการปลดปล่อยอารมณ์
ทางเพศ ($M = .23, SD = .09$) ตามลำดับ ดังแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนสัมพัทธ์และระดับการจัดการอารมณ์ทางเพศแต่ละด้านของวัยรุ่นชาย ($n = 240$)

การจัดการอารมณ์ทางเพศ	min-max		ค่าคะแนนสัมพัทธ์		ระดับ
	possible	actual	M	SD	
ด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศ	0-1	.16-.69	.44	.11	ปานกลาง
ด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศ	0-1	.12-.51	.33	.09	น้อย
ด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศ	0-1	.11-.61	.23	.09	น้อย

10. ปัจจัยทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศของ
วัยรุ่นชาย

10.1 ด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศ พบว่า
ปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้าน
การควบคุมอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ได้แก่ อิทธิพลจากเพื่อน
($Beta = -.394, p < .001$) ประสพการณ์การมีเพศสัมพันธ์
($Beta = -.330, p < .001$) สื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ

($Beta = -.196, p < .001$) การสื่อสารเรื่องการจัดการ
อารมณ์ทางเพศในครอบครัว ($Beta = -.158, p < .01$)
และการปฏิบัติทางศาสนา ($Beta = .123, p < .05$)
โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศ
ด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศได้ร้อยละ 46.10 อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .461, p < .001$) ดังแสดง
ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการควบคุมอารมณ์
ทางเพศของวัยรุ่นชาย ($n = 240$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
อิทธิพลจากเพื่อน	-.413	.059	-.394	-6.960	< .001
ประสพการณ์การมีเพศสัมพันธ์	-7.940	1.180	-.330	-6.730	< .001
สื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ	-1.182	.298	-.196	-3.970	< .001
การสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ ทางเพศในครอบครัว	-.195	.069	-.158	-2.810	.005
การปฏิบัติทางศาสนา	.125	.052	.123	2.370	.019

Constant = 61.930, $R = .679, R^2 = .461, \text{adj. } R^2 = .449, F = 40.030, p < .001$

10.2 ด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ได้แก่ การสื่อสารเรื่อง การจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัว ($Beta = .247, p < .001$) อิทธิพลจากเพื่อน ($Beta = .244, p < .01$)

ระดับการศึกษา ($Beta = -.156, p < .05$) และความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศ ($Beta = .125, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศได้ร้อยละ 15.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .155, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชาย ($n = 240$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัว	.242	.068	.247	3.550	< .001
อิทธิพลจากเพื่อน	.203	.058	.244	3.470	.001
ระดับการศึกษา	-1.036	.397	-.156	-2.610	.010
ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศ	.505	.256	.125	1.980	.049

Constant = 30.070, $R = .394, R^2 = .155, \text{adj. } R^2 = .147, F = 9.290, p < .001$

10.3 ด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ได้แก่ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ($Beta = .456, p < .001$) อิทธิพลจากเพื่อน

($Beta = .225, p < .001$) และสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ($Beta = .167, p < .01$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศได้ร้อยละ 38.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .388, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชาย ($n = 240$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์	9.010	1.030	.456	8.750	< .001
อิทธิพลจากเพื่อน	.194	.046	.225	4.190	< .001
สื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ	.826	.259	.167	3.190	.002

Constant = 15.980, $R = .623, R^2 = .388, \text{adj. } R^2 = .386, F = 38.560, p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นชายมีการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศในสัดส่วนมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศ และด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาส่วนใหญ่ที่สถานศึกษาในกิจกรรมการเรียนการสอนและกิจกรรมต่างๆ ประกอบกับกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ของสถานศึกษา ทำให้เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดอารมณ์ทางเพศขึ้น จึงใช้การควบคุมอารมณ์ทางเพศมากที่สุด แต่หากเกิดอารมณ์ทางเพศจนไม่สามารถควบคุมหรือเบี่ยงเบนได้ ก็จะใช้การปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศ โดยผลการวิจัยพบว่า การปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศมีสัดส่วนน้อยที่สุด ซึ่งอาจเกิดจากวัฒนธรรมเรื่องเพศในประเทศไทยที่มองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรกล่าวถึง เป็นเรื่องน่าอับอาย ไม่ควรแสดงออก กลุ่มตัวอย่างจึงใช้การปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศน้อย

ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลจากเพื่อนสามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า วัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อนที่สามารถเข้าใจปัญหาของกันและกันได้ดีกว่าคนต่างวัย กลุ่มเพื่อนจึงเป็นสังคมที่สำคัญของวัยรุ่นที่มีผลต่อพฤติกรรมต่างๆ แต่การควบคุมอารมณ์ทางเพศเป็นการหลีกเลี่ยง ข่มใจให้ไม่เกิด หรือทำให้อารมณ์ทางเพศที่เกิดขึ้นแล้วหมดไปด้วยจิตใจของตนเอง ดังนั้น วัยรุ่นชายที่มีอิทธิพลจากเพื่อนมากจะควบคุมอารมณ์ทางเพศได้น้อยกว่าวัยรุ่นชายที่มีอิทธิพลจากเพื่อนน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมิตตา สว่างทุกข์ และปรีชาดิ ทาโน (2558) ที่พบว่า อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนมีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์สามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์เป็นการรับรู้เดิมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ผ่านทางระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยจะส่งผลต่อการเรียนรู้และการจดจำการปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศนั้นๆ โดยผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นชายที่มีประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์จะควบคุมอารมณ์ทางเพศได้น้อยกว่าวัยรุ่นชายที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพรไพเราะ และชุติมา หุ่มเรืองวงษ์ (2559) ที่พบว่า วัยรุ่นที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าวัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า สื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศสามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศต่างๆ เป็นปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศ ทำให้วัยรุ่นชายเกิดการเรียนรู้ เลียนแบบ สร้างค่านิยมให้กับวัยรุ่น เนื่องจากสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศจะกระตุ้นความต้องการทางเพศของวัยรุ่น โดยผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นชายที่มีสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศมากจะควบคุมอารมณ์ทางเพศได้น้อยกว่าวัยรุ่นชายที่มีสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณศิริ ประจันโน และคณะ (2560) ที่พบว่า วัยรุ่นที่สามารถเข้าถึงสื่อที่ยั่วเย้าได้มากมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง

ผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัวสามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การควบคุมอารมณ์ทางเพศเป็นการควบคุมอารมณ์ภายในจิตใจของตนเองทั้งก่อนและขณะเกิดอารมณ์ทางเพศให้หมดไป การสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัวทำให้วัยรุ่นสามารถเลือกวิธีการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านอื่นๆ ได้ โดยผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นชายที่มีการสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัวมากจะควบคุม

อารมณ์ทางเพศได้น้อยกว่าวัยรุ่นชายที่มีการสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัวน้อย

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติทางศาสนาสามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการควบคุมอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า วัยรุ่นชายที่มีการปฏิบัติทางศาสนาจะควบคุมอารมณ์ทางเพศได้มากกว่าวัยรุ่นชายที่มีการปฏิบัติทางศาสนา น้อย เนื่องจากศาสนาจะมีหลักคำสอนให้คนปฏิบัติในสิ่งที่เหมาะสม ถูกต้อง ไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จนเกิดเป็นบรรทัดฐานทางสังคม ดังการศึกษาของ อุมารณ์ ภัทรวาณิช (2557) ที่พบว่า วัยรุ่นที่ใกล้ชิดกับศาสนามีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกช้ากว่าวัยรุ่นที่ไม่เคร่งศาสนา

ผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัวสามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสื่อสารในครอบครัวจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือการกระทำต่าง ๆ ซึ่งจะถูกละเลยทอดหรือให้คำแนะนำตามมาตรฐานของผู้ปกครอง โดยผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นชายที่มีการสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศในครอบครัวมากจะมีการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam et al. (2007) ที่พบว่า การปลูกฝังเรื่องการไม่มีเพศสัมพันธ์ในวัยเด็กของลูก การเปิดใจพูดคุยกันเรื่องเพศ และการมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแม่กับลูก มีผลทำให้เด็กมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกช้าออกไป

ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลจากเพื่อนสามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า วัยรุ่นชายที่มีอิทธิพลจากเพื่อนมากจะเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศได้มากกว่าวัยรุ่นชายที่มีอิทธิพลจากเพื่อนน้อย เนื่องจากอิทธิพลจากเพื่อนเป็นปัจจัยชักนำให้วัยรุ่นชายมีการจัดการอารมณ์ทางเพศด้วยการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศ จากการชักจูง แนะนำ หรือรับรู้การปฏิบัติจากเพื่อน เกิดเป็น

บรรทัดฐานทางสังคมของกลุ่มเพื่อนที่เกิดการยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณศิริ ประจันโน และคณะ (2560) ที่พบว่า การรับรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า วัยรุ่นชายที่มีระดับการศึกษามากขึ้นจะเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศได้น้อยกว่าวัยรุ่นชายที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า เนื่องจากระดับการศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นทำให้วัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจ มีความคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ทางเพศมากขึ้น สามารถเลือกใช้วิธีการจัดการอารมณ์ทางเพศได้ตามความรู้หรือประสบการณ์ที่สั่งสมจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ ช่วยแก้ว และคณะ (2561) ที่พบว่า ระดับชั้นที่กำลังศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศสามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศเป็นปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นชายเลือกวิธีการจัดการอารมณ์ทางเพศได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากจะสามารถใช้ความรู้ที่มีเป็นหลักในการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ โดยผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นชายที่มีความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศมากจะเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศได้มากกว่าวัยรุ่นชายที่มีความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ พิษญา พจนโพรหา และคณะ (2560) ที่พบว่า ความรู้เรื่องเพศศึกษาถือเป็นปัจจัยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชายไทย

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์สามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์จะส่งผลให้วัยรุ่นชายเกิด

การเรียนรู้และจดจำ และต้องการปฏิบัติตามประสบการณ์นั้นหากเป็นประสบการณ์ที่น่าจดจำ ประทับใจ โดยผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นชายที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์จะปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศมากกว่าวัยรุ่นชายที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tu et al. (2012) ที่พบว่าวัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์ทางเพศมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทางเพศ

ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลจากเพื่อนสามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า วัยรุ่นชายที่มีอิทธิพลจากเพื่อนมากจะปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศมากกว่าวัยรุ่นชายที่มีอิทธิพลจากเพื่อนน้อย เนื่องจากวัยรุ่นรับรู้ หรือถูกชักชวน แนะนำจากเพื่อน โดยเพื่อนมีอิทธิพลในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน เมื่อกลุ่มเพื่อนมีการกระทำ มีการยอมรับพฤติกรรมนั้น ๆ จึงส่งผลให้เป็นบรรทัดฐานทางสังคมของวัยรุ่นในการแสดงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี สมายอิง (2562) ที่พบว่าวัยรุ่นมักแสดงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศผ่านการเลียนแบบเพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น และเกิดการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน

ผลการวิจัยพบว่า สื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศสามารถทำนายการจัดการอารมณ์ทางเพศด้านการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศของวัยรุ่นชายได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า วัยรุ่นชายที่มีสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศมากจะปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศมากกว่าวัยรุ่นชายที่มีสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศน้อย เนื่องจากการบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศผ่านระบบประสาทสัมผัส ส่งผลให้มีการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนเพศ จึงเกิดอารมณ์ทางเพศขึ้น เมื่อเกิดอารมณ์ทางเพศจนไม่สามารถควบคุมหรือเบี่ยงเบนได้ วัยรุ่นจึงต้องใช้การจัดการอารมณ์ทางเพศด้วยการปลดปล่อย สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาพัฒน์ คำสีหา, จุไรรัตน์ อาจแก้ว, และภัทราพร เกษสังข์ (2562) ที่พบว่า การสืบค้นข้อมูลที่สุ่มเสี่ยงจะส่งผลทางตรงกับพฤติกรรมเสี่ยง

ทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรส่งเสริมให้วัยรุ่นชายรู้เท่าทันหรือเลือกบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้หลักคำสอนต่าง ๆ ได้ขัดเกลาลึใจ ส่งเสริมให้มีความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศที่ถูกต้อง และส่งเสริมให้ครอบครัวมีการสื่อสารเรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศ เพื่อให้วัยรุ่นชายสามารถเลือกวิธีการจัดการอารมณ์ทางเพศที่เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอารมณ์ทางเพศในวัยรุ่นชาย โดยจัดให้มีกิจกรรมการสร้างความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ทางเพศและการรู้เท่าทันสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ โดยนำหลักคำสอนทางศาสนามาสอดแทรกในแต่ละกิจกรรม และให้ครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนที่มีการจัดการอารมณ์ทางเพศเหมาะสมเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารและสนับสนุนให้วัยรุ่นมีการจัดการอารมณ์ทางเพศที่เหมาะสม

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยศึกษาในวัยรุ่นหญิง เนื่องจากวัฒนธรรมเรื่องเพศของผู้หญิงในสังคมไทยยังคงไม่เปิดกว้าง

เอกสารอ้างอิง

- จุฬาลักษณ์ สมการวงศ์. (2552). *เขาวนอารมณ์รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา กับการจัดการความขัดแย้ง ของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ วิทยาลัยเทคนิคดอนเมือง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, ชนิดา ประดิษฐ์สถาพร, และ แวดดาว คำเขียว. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น จังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(พิเศษ), 104-115.

- ทิพย์ศิริ กาญจนวาสี. (2557). *ความตระหนักรู้เรื่องเพศ: ความรู้เรื่องเพศและแนวทางป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญญาพัฒน์ คำสีหา, จุไรรัตน์ อาจแก้ว, และภัทราพร เกษสังข์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 19: การวิเคราะห์พหุระดับ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ*, 13(3), 26–33.
- นภาพรไพ สาระ, และชุตินา หุ่มเรืองวงษ์. (2559). ความชุกของการมีประสบการณ์ทางเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ในจังหวัดนนทบุรี. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*, 60(2), 215–230.
- เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, นฤมล เถ่งไล่, อัครีย์ พิษย์รัตน์, และจันทร์เพ็ญ เลิศวันวัฒนา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 240–256.
- พิชญา พจนโพธา, ศุภโชค สิงห์กันต์, จิตวิ แก้วพรสวรรค์, และสุพร อภินันทเวช. (2560). ทักษะคิดและความรู้เพศศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชายไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 47(1), 18–30.
- มาลี สบายยิ่ง. (2562). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในสังคมปัจจุบัน. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 30(3), 121–127.
- ณรงค์ ศรีพล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นจังหวัดเลย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 23(2), 101–111.
- วรรณศิริ ประจันโน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรณภ หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายตามแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(2), 39–51.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2558). *คู่มือการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตในนักเรียนแบบบูรณาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2560). *รายงานประจำปี 2560 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์*. สืบค้นจาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/reportRH/report_rh_60.pdf
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2562). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2562*. สืบค้นจาก http://rh.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=1&filename=index
- สุกัญญา สุวังษ์. (2558). การศึกษาปัจจัยป้องกันด้านบุคคลและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 21(2), 17–26.
- สมิตดา สว่างทุกข์, และปาริชาติ ทาโน. (2558). การศึกษาการตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนวัยรุ่น. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(2), 41–56.
- อนุชิต วรรณกา, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ดันสกุล, และนิรัตน์ อิมามี. (2558). ทักษะชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดกาญจนบุรี. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 17 เรื่อง บทบาทประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ* (น. 65–81). ม.ป.ท.

- อุมารณ์ ภัทรวาณิช. (2557). ทักษะคติทางเพศของ
ประชากรรุ่นใหม่. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการ
ระดับชาติ ครั้งที่ 10 เรื่อง การเกิดกับความมั่นคง
ในประชากรและสังคม* (น. 233–249). ม.ป.ท.
- Abramson, P. R. (1983). *Adolescents, sex, and
contraception*. University of Michigan.
- Atwood, K. A., Zimmerman, R., Cupp, P. K.,
Fongkaew, W., Miller, B. A., Byrnes, H. F., ...
Chookhare, W. (2012). Correlates of precoital
behaviors, intentions, and sexual initiation
among Thai adolescents. *The Journal
of Early Adolescence*, 32(3), 364–386.
doi:10.1177/0272431610393248
- Lam, A. G., Russell, S. T., Tan, T. C., & Leong, S. J.
(2007). Maternal predictors of noncoital
sexual behavior: Examining a nationally
representative sample of Asian and white
American adolescents who have never had
sex. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(1),
62–73. doi:10.1007/s10964-007-9223-1
- National AIDS Management Center. (2015).
*Thailand AIDS response progress report
2015 Reporting period: Fiscal year of 2014*.
Nonthaburi: Author.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using
multivariate statistics* (5th ed.). New York:
Allyn and Bacon.
- Tu, X., Lou, C., Gao, E., Li, N., & Zabin, L. S.
(2012). The relationship between sexual
behavior and nonsexual risk behaviors
among unmarried youth in three Asian
cities. *The Journal of Adolescent Health*,
50(Suppl. 3), 75–82. doi:10.1016/j.jadohealth.
2011.12.010
- UNICEF Thailand. (2018). *A situation analysis
of adolescents in Thailand 2015–2016*.
Bangkok: Author.

การศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*

A Study on Recurrence of Patients with Bipolar Disorders in Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province*

จิราวรรณ เดชธรรม, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)¹

Jeerawan Datthum, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

สมบัติ สกุลพรรณ, ป.ร.ด. (หลักสูตรและการสอน)²

Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction)²

ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ค.ด. (จิตวิทยาการศึกษา)³

Darawan Thapinta, Ph.D. (Educational Psychology)³

Received: March 7, 2022 Revised: May 28, 2022 Accepted: June 2, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วย ในของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 66 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว มีค่าความเชื่อมั่น .85 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

* การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว มีดังนี้ 1) การลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในช่วงที่ได้รับการรักษาที่บ้าน 2) การมีอาการนอนไม่หลับ หรือมีความต้องการนอนหลับน้อยลง 3) การมีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ 4) การมีความรู้สึกผิดที่ทำให้คนในครอบครัวต้องรู้สึกเป็นทุกข์เพราะตนเองป่วย 5) การที่ปัจจุบันเป็นโรควิตกกังวลร่วมกับโรคอารมณ์สองขั้ว 6) การมีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง 7) การมีความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคที่เป็นอยู่ 8) การมีความรู้สึกหงุดหงิดเมื่อประสบกับปัญหาต่างๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป 9) การมีความรู้สึกกลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม 10) การมีความรู้สึกเป็นคนที่อารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และ 11) การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความรู้เรื่องโรคและการรักษา ส่งเสริมให้มีการนอนที่เพียงพอ ฝึกทักษะการจัดการด้านอารมณ์ และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว การกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำ

Abstract

This descriptive research aimed to study the recurrence of patients with bipolar disorders in Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. The samples consisted of 66 patients with bipolar disorders who returned to admit in the in-patient department at Suan Prung Hospital. The research instruments included the personal information questionnaire and the factors related to recurrence of bipolar disorder assessment form with reliability as .85. Data were collected from November to December, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that factors related to recurrence of bipolar disorder were as follows: 1) forgetting to take medicine during the period of treatment at home; 2) insomnia; 3) fear of their own illness; 4) guilt feeling about suffering of their family members; 5) being anxiety disorders together with bipolar disorders; 6) stress; 7) low self-esteem due to their illness; 8) easy irritability; 9) fear of social rejection; 10) emotional lability; and 11) drinking energy drinks and coffee.

This research suggests that psychiatric nurses should provide knowledge regarding illness and treatment, enhance adequate sleep, practice emotions management, and advice to avoid drinking energy drinks and coffee for patients with bipolar disorders. This helps prevent the recurrence among these patients.

Keywords: Patients with bipolar disorders, Recurrence, Factors related to the recurrence

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorders) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้ที่เป็นโรคนี้จะมีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน ลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปมีสองแบบ แบบแรกมีลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมแบบซึมเศร้า และแบบที่สองมีลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมแบบกึกกัก พลุ่พล่าน (มานิซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากข้อมูลพบว่า ในปี ค.ศ. 2017 มีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 46 ล้านคน โดยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นสาเหตุอันดับ 6 ของความพิการด้านจิตใจ (mental disabilities) ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2018) และผลการสำรวจความทุกข์ในชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในต่างประเทศ พบความทุกข์ประมาณร้อยละ 2.40 ของประชากรทั่วโลก (Merikangas et al., 2011) ส่วนในประเทศไทย จากรายงานการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิต และคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 พบว่ามีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วร้อยละ 4.50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2560) สำหรับสถิติของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2558–2560 พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 1,201 คน 1,230 คน และ 1,273 คน ตามลำดับ และมารับบริการแบบผู้ป่วยใน จำนวน 333 คน 354 คน และ 373 คน ตามลำดับ โดยพบว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 65 คน 72 คน และ 80 คน คิดเป็นร้อยละ 19.51, 20.34 และ 21.44 ของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี (ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบจากโรคอารมณ์สองขั้วก่อให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ต่างๆ สูญเสียความเป็นตัวเอง และเป็นภาระต่อสังคม

โดยโรคอารมณ์สองขั้วทำให้ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเกิดภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า (National Institute of Mental Health, 2017) มีผลกระทบต่อการทำงานและความสามารถในการทำงาน (Bhatia, Sidana, Das, & Bajaj, 2018) และทำให้เกิดปัญหาว่างงานหรือตกงานในที่สุด (ภาวิณี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม คำชัย, 2556) จากรายงานระบุว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษา แต่ประมาณร้อยละ 37 ของผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำ โดยจะเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าหรือความคลุ้มคลั่ง (depressive episode or manic episode) ภายใน 1 ปีหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 78.60 เคยมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง (Morgan et al., 2015) ส่วนการศึกษาของ Geddes and Miklowitz (2013) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วประมาณร้อยละ 60 มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 2 ปี

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วนั้น ในส่วนปัจจัยด้านบุคคล งานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในระยะอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ส่งผลต่อการรักษาโรคที่แย่ง ทำให้มีการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Hodgkin et al., 2018) และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วยังมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา (Hibar et al., 2016) ส่วนประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วพบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว (ภาวิณี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม คำชัย, 2556; เมธวี ลุนสมบัติ, 2560) ในส่วนปัจจัยด้านสังคม พบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านความคิดและพฤติกรรมในการทำหน้าที่ในสังคมที่ผิดปกติ ทำให้มีการกำเริบซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว (Cosgrove et al., 2017) รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่น (Chand, Mattoo, & Sharan, 2004)

นอกจากนี้ การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ยังอาจเกิดขึ้นจากความเครียดทางสังคม จากการศึกษาในประเทศอินเดียพบว่า ความเครียดจากการเผชิญปัญหาในการทำงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและคนในครอบครัวที่เป็นไปในทางลบ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Wesley, Manjula, & Thirthalli, 2018) ในส่วนปัจจัยด้านจิตใจ ผู้ที่เป็นโรคจิตกักขฬ ร่วมกับโรคอารมณ์สองขั้วเป็นเวลายาวนาน ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้วได้ (Shah et al., 2017) และในส่วนปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด งานวิจัยในต่างประเทศระบุว่า ผู้ที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้วที่สูบบุหรี่เป็นเวลานาน ส่งผลให้มีอาการของโรคมมากขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง (Vázquez, Tondo, Undurraga, & Baldessarini, 2018; Yee, Ng, & Seng, 2018) การใช้สารนิโคติน แอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่นๆ ทำให้เกิดการกระตุ้นให้มีการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Bobo et al., 2018) และในประเทศจีนพบว่า การใช้สารเสพติดโดยเฉพาะแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีการกำเริบซ้ำ (Hamilton et al., 2016)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นโรคทางจิตเวชโรคหนึ่งที่พบมากและมีระยะการดำเนินของโรคที่ยาวนาน ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงและมีแนวโน้มของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังไม่ทราบแน่ชัดว่าการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้วเกิดจากปัจจัยใดบ้าง ดังเช่นการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลสวนปรุงที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ และสถิติการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุงที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุง จึงสนใจศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว และการนอนไม่หลับ 2) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพกับครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน และสัมพันธภาพกับชุมชน 3) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ โรคทางจิตเวช (เช่น โรคจิตกักขฬจากโรคที่เป็นอยู่) ปัญหาด้านสุขภาพจิต (เช่น มีความเครียดง่าย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง) และบุคลิกภาพผิดปกติ (เช่น มีปัญหาในการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หวาดระแวงเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น) และ 4) ปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด ได้แก่ การใช้สุรา การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และกาแฟ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ววัยผู้ใหญ่ที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยกลับมารักษาซ้ำหลังการรักษาครั้งแรก 6 เดือน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและข้อมูลในแฟ้มประวัติ จำนวน 80 คน (ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2560) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้วตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 2) มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ครั้งที่ 2 ขึ้นไป หรือมารับการรักษาครั้งแรกที่โรงพยาบาลสวนปรุง แต่มีประวัติได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน 3) อายุ

18-59 ปี 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 66 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษ ประวัติการป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน ประวัติการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ สถานการณ์ความเครียด ยาที่ใช้ในการรักษา การใช้สมุนไพร และการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดในโรงพยาบาล จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล จำนวน 5 ข้อ ปัจจัยด้านสังคม จำนวน 11 ข้อ ปัจจัยด้านจิตใจ จำนวน 11 ข้อ และปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 31 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ 2 ลักษณะ คือ ข้อความที่มีแนวโน้มส่งเสริมการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว และข้อความที่มีแนวโน้มหยุดยั้งการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน พิจารณาจากคำร้อยละของผู้ที่ตอบว่าใช่ โดยข้อความที่มีแนวโน้มส่งเสริมการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว หากมีคำร้อยละของผู้ที่ตอบว่าใช่มากกว่า 50 จะสรุปว่า ปัจจัยนั้นเกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ส่วนข้อความที่มีแนวโน้มหยุดยั้งการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว หากมีคำร้อยละของผู้ที่ตอบว่าใช่มากกว่า 50 จะสรุปว่า ปัจจัยนั้นไม่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำ

ของโรคอารมณ์สองขั้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 111/2019 วันที่ 1 สิงหาคม 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง (เอกสารรับรอง เลขที่ 20/2562 วันที่ 30 ตุลาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยใน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และเชิญกลุ่มตัวอย่างมาที่ห้องทำกิจกรรมกลุ่มในหอผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะเป็นสัดส่วนและไม่มีเสียงรบกวน และให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว โดยให้เวลาประมาณ 20 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.03 มีอายุอยู่ในช่วง 51–60 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.82 โดยมีอายุเฉลี่ย 56 ปี ($SD = 1.27$) มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.88 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.36 ส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาอยู่ในช่วง 1–10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 87.88 โดยมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา

เฉลี่ย 2 ครั้ง ($SD = 5.60$) ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 80.30 มีสถานการณ์ความเครียด คิดเป็นร้อยละ 59.09 ยาที่ใช้ในการรักษาส่วนใหญ่ คือ ยากลุ่มควบคุมอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 86.36 ไม่ใช้สมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 66.67 และไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 65.15

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว มีดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว มี 2 ปัจจัย คือ การลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ในช่วงที่ได้รับการรักษาที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 51.52 และการมีอาการนอนไม่หลับ หรือมีความต้องการนอนหลับน้อยลง คิดเป็นร้อยละ 68.18 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำแนกตามปัจจัยด้านบุคคล (n = 66)

ปัจจัยด้านบุคคล	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. มีความรู้ความเข้าใจว่าโรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์	63	95.45	3	4.55
2. มีความรู้ความเข้าใจว่าการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง จะทำให้อาการของโรคกำเริบ และเกิดโรคที่รุนแรงหรือเรื้อรังได้	50	75.76	16	24.24
3. มีการลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในช่วงที่ได้รับการรักษาที่บ้าน	34	51.52	32	48.48
4. มีการเลิกใช้ยาหรือหยุดยาเองเนื่องจากมีผลข้างเคียงจากการรับประทานยา	23	34.85	43	65.15
5. มีอาการนอนไม่หลับ หรือมีความต้องการนอนหลับน้อยลง	45	68.18	21	31.82

2.2 ปัจจัยด้านสังคม พบว่า ปัจจัยด้านสังคม โรคอารมณ์สองขั้ว ดังแสดงในตารางที่ 2
ทั้ง 11 ปัจจัย ไม่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำแนกตามปัจจัยด้านสังคม (n = 66)

ปัจจัยด้านสังคม	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ท่านมีคนในครอบครัวที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ	52	78.79	14	21.21
2. ท่านมีคนในครอบครัวที่รักและห่วงใยท่านเสมอ	59	89.39	7	10.61
3. ท่านมีการติดต่อกับคนในครอบครัวอยู่เสมอแม้ไม่ได้อยู่ร่วมกัน	55	83.33	11	16.67
4. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว และสามารถให้คำปรึกษาท่านได้	60	90.91	6	9.09
5. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนและสามารถให้คำปรึกษาท่านได้	60	90.91	6	9.09
6. ท่านมีการติดต่อไปมาหาสู่กับผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอ	54	81.82	12	18.18
7. ท่านมีการติดต่อกับผู้อื่นและได้เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ต่างๆ ร่วมกับผู้อื่น	56	84.85	10	15.15
8. ท่านสามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้อื่นได้ดี	63	95.45	3	4.55
9. คนรอบตัวท่านไม่แสดงท่าทางรังเกียจหรือไม่ชอบท่าน	51	77.27	15	22.73
10. ท่านเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม	58	87.88	8	12.12
11. ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การจ้างงาน สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เป็นต้น	54	81.82	12	18.18

2.3 ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว มี 8 ปัจจัย คือ การมีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ คิดเป็นร้อยละ 51.52 การมีความรู้สึกผิดที่ทำให้คนในครอบครัวต้องรู้สึกเป็นทุกข์เพราะตนเองป่วย คิดเป็นร้อยละ 69.70 การที่ปัจจุบันเป็นโรคจิตกังวลร่วมกับ

โรคอารมณ์สองขั้ว คิดเป็นร้อยละ 69.70 การมีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง คิดเป็นร้อยละ 75.76 การมีความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคที่เป็นอยู่ คิดเป็นร้อยละ 56.06 การมีความรู้สึกหงุดหงิดเมื่อประสบกับปัญหาต่างๆ ได้ง่ายกว่าบุคคล

ทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 59.09 การมีความรู้สึกกลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม คิดเป็นร้อยละ 51.52 และการมีความรู้สึกเป็นคนที่อารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 63.64 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำแนกตามปัจจัยด้านจิตใจ (n = 66)

ปัจจัยด้านจิตใจ	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. มีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่	34	51.52	32	48.48
2. มีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่	30	45.45	36	54.55
3. มีความรู้สึกวิตกกังวลเมื่อต้องปรับตัวเข้ากับผู้อื่น	25	37.88	41	62.12
4. มีความรู้สึกผิดที่ทำให้คนในครอบครัวต้องรู้สึกเป็นทุกข์เพราะตนเองป่วย	46	69.70	20	30.30
5. ปัจจุบันเป็นโรควิตกกังวลร่วมกับโรคอารมณ์สองขั้ว	46	69.70	20	30.30
6. มีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง	50	75.76	16	24.24
7. มีความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคที่เป็นอยู่	37	56.06	29	43.94
8. มีความรู้สึกหวาดระแวงเมื่อต้องปรับตัวเข้ากับผู้อื่น	26	39.39	40	60.61
9. มีความรู้สึกหงุดหงิดเมื่อประสบกับปัญหาต่างๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป	39	59.09	27	40.91
10. มีความรู้สึกกลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม	34	51.52	32	48.48
11. มีความรู้สึกเป็นคนที่อารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว	42	63.64	24	36.36

2.4 ปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์

สองขั้ว มี 1 ปัจจัย คือ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ คิดเป็นร้อยละ 69.70 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำแนกตามปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด
(n = 66)

ปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การดื่มสุรา	20	30.30	46	69.70
2. การใช้ยาเสพติด	6	9.09	60	90.91
3. การสูบบุหรี่	22	33.33	44	66.67
4. การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ	46	69.70	20	30.30

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การลิ้มรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในช่วงที่ได้รับการรักษาที่บ้าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่จะสามารถรับการรักษได้ในระบบการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก ด้วยการพบกับจิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติสุข แต่เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา จะทำให้มีการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว (Hibar et al., 2016) และการหยุดใช้ยาทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วแย่ลงแม้ว่าจะอยู่ในระยะอาการคงที่ การเลิกใช้ยาจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว

ผลการวิจัยพบว่า การมีอากรนอนไม่หลับ หรือมีความต้องการนอนหลับน้อยลง เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในขณะที่นอนหลับ ร่างกายของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจะลดการตอบสนองชั่วคราวต่อสิ่งเร้าภายนอก ทำให้ไม่มีการกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Bauer et al. (2008) ที่พบว่า การนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในผู้ป่วย

โรคอารมณ์สองขั้ว ระยะเวลาการนอนที่น้อยกว่า 3 ชั่วโมง จะส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วย และระยะเวลาการนอนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง มีความเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะควบคุมอารมณ์ตนเองได้

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ประกอบด้วย การมีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ การมีความรู้สึกผิดที่ทำให้คนในครอบครัวต้องรู้สึกเป็นทุกข์ เพราะตนเองป่วย การที่ปัจจุบันเป็นโรควิตกกังวลร่วมกับโรคอารมณ์สองขั้ว การมีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง การมีความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคที่เป็นอยู่ การมีความรู้สึกหงุดหงิดเมื่อประสบกับปัญหาต่างๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป การมีความรู้สึกกลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม และการมีความรู้สึกเป็นคนที่มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการใช้ชีวิตประจำวัน และมักมีความกลัวเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งจากการศึกษาของ Shah et al. (2017) พบว่า ผู้ที่เป็นโรควิตกกังวลร่วมกับโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าเป็นเวลานาน จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้วมากขึ้น เนื่องจากโรควิตกกังวลทำให้มีอาการหงุดหงิดร่วมกับมีอาการซึมเศร้า ทำให้มีการกำเริบซ้ำของโรคได้ ส่วน

การศึกษาของ Du, Zhou, Zhang, Guo, and Sun (2017) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เป็นโรคจิตกักขังและอยู่ในช่วงอารมณ์ที่ผิดปกติ มีการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่มีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Otto et al. (2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความทุกข์ของความเครียดหลังถูกทารุณกรรม ร้อยละ 16 คิดเป็นสองเท่าของความทุกข์ของความเครียดหลังถูกทารุณกรรมในประชากรทั่วไป โดยความเครียดเป็นตัวกระตุ้นที่พบมากที่สุดในขณะที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ทำให้มีอาการบ้าคลั่งและ/หรือภาวะซึมเศร้ามากขึ้น เกิดการกลับเป็นซ้ำได้ง่าย (Vázquez et al., 2018) นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของซูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญาขง, และชูชาติ วงศ์อนุชิต (2558) ที่พบว่า การเป็นโรคอารมณ์แบบสองขั้วเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาภายในใจตนเองสูง และการรับรู้ตราบาภายในใจตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความภาคภูมิใจในตนเอง

นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความรู้สึกผิดที่ทำให้คนในครอบครัวต้องรู้สึกเป็นทุกข์ เพราะตนเองป่วย และมีความรู้สึกหงุดหงิดเมื่อประสบกับปัญหาต่างๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีแนวโน้มที่จะมองโลกในแง่ลบ ซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงต้นของวัยเด็ก โดยการมีความรู้สึกและประสบการณ์การเลี้ยงดูในวัยเด็กที่ไม่ดี ซึ่งผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เหล่านี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกที่ด้อยกว่าคนอื่นในสังคม และมีอิทธิพลต่อทัศนคติและรูปแบบการตอบสนองต่อความเครียดที่มากขึ้น (Grosvenor, 2017) ส่วนการที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความรู้สึกกลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม และมีความรู้สึกเป็นคนที่อารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ

Schulze, Grove, Tamm, Renneberg, and Roepke (2019) ที่พบว่า สมรรถนะของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพก้าวร้าวมีการควบคุมการรับรู้ได้ไม่ดีเมื่อมีสิ่งทำให้เกิดความรู้สึกไขว่เขวเชิงลบ และการกระตุ้นทางอารมณ์มีผลกระทบอย่างมากในบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ผลการวิจัยพบว่า การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์สองขั้ว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำ สารคาเฟอีนในเครื่องดื่มจะกระตุ้นร่างกายให้มีการใช้พลังงาน เกิดการตื่นตัวตลอดเวลา ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน และอาจทำให้อารมณ์ถูกกระตุ้นได้ง่ายขึ้น เช่น อารมณ์หงุดหงิดง่าย จุนเจียว บ้าคลั่ง (Smit & Rogers, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ishak, Ugochukwu, Bagot, Khalili, and Zaky (2012) ที่พบว่า เครื่องดื่มชูกำลังมีผลกระทบทางจิตวิทยาและคุณภาพชีวิต ทำให้มีอารมณ์ผิดปกติ นอนไม่หลับ และเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนการดื่มกาแฟนั้น พบว่า การดื่มกาแฟของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับการกำเริบซ้ำของโรค และมีความเสี่ยงมากขึ้นหากมีการบริโภคในปริมาณมาก (Baethge, Tondo, Lepri, & Baldessarini, 2009)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยยา ส่งเสริมให้มีระยะเวลาการนอนที่เพียงพอและเหมาะสม ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์เครียดและวิตกกังวล และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

2. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุราและสารเสพติด ภาวะอารมณ์ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์เครียดและ

วิตกกังวล กับความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรค
อารมณ์สองขั้ว

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2560). *โรคอารมณ์เศร้าอารมณ์แปรปรวน หรือ Bipolar disorder*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news/>
- ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญาวยง, และชูชาติ วงศ์อนุชิต. (2558). การรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 25–37.
- ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด เชียงใหม่. (2560). *สถิติผู้ป่วย bipolar-readmit*. สืบค้นจาก <http://www.suanprung.go.th/ic/>
- ภาวินี ธนบดีธรรมจารี, และบุญเยี่ยม คำชัย. (2556). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในแผนกผู้ป่วยใน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 62–78.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เมธาวี ลุนสมบัติ. (2560). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Baethge, C., Tondo, L., Lepri, B., & Baldessarini, R. J. (2009). Coffee and cigarette use: Association with suicidal acts in 352 Sardinian bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders*, 11(5), 494–503. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00727.x

- Bauer, M., Glenn, T., Grof, P., Rasgon, N., Alda, M., Marsh, W., ... Whybrow, P. C. (2008). Comparison of sleep/wake parameters for self-monitoring bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 116(3), 170–175. doi:10.1016/j.jad.2008.11.014
- Bhatia, P., Sidana, A., Das, S., & Bajaj, M. K. (2018). Neuropsychological functioning in euthymic phase of bipolar affective disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(3), 213–218. doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_531_17
- Bobo, W. V., Na, P. J., Geske, J. R., McElroy, S. L., Frye, M. A., & Biernacka, J. M. (2018). The relative influence of individual risk factors for attempted suicide in patients with bipolar I versus bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 489–494. doi:10.1016/j.jad.2017.08.076
- Chand, P. K., Mattoo, S. K., & Sharan, P. (2004). Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(3), 311–318. doi:10.1111/j.1440-1819.2004.01237.x
- Cosgrove, V. E., Miklowitz, D. J., Rhee, S. H., Hawkey, C., Corley, R., Habersick, B., & Smolen, A. (2017). Association between 5HTT, DAT1, and DRD4 and bipolar disorder in youth. *Psychiatric Genetics*, 22(6), 304. doi:10.1097/YPG.0b013e3283539517

- Du, N., Zhou, Y. L., Zhang, X., Guo, J., & Sun, X. L. (2017). Do some anxiety disorders belong to the prodrome of bipolar disorder? A clinical study combining retrospective and prospective methods to analyse the relationship between anxiety disorder and bipolar disorder from the perspective of biorhythms. *BMC Psychiatry*, 17(1), 351. doi:10.1186/s12888-017-1509-6
- Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878), 1672–1682. doi:10.1016/S0140-6736(13)60857-0
- Grosvenor, E. R. K. (2017). *Proposing a new unified theory for the etiology of bipolar disorder as a stress related affective disorder* (Doctoral dissertation). Minneapolis, MN: Capella University. Retrieved from <https://www.proquest.com/openview/d199bd09a611b7a19774713cf259bb75/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Hamilton, J. E., Passos, I. C., de Azevedo Cardoso, T., Jansen, K., Allen, M., Begley, C. E., ... Kapczinski, F. (2016). Predictors of psychiatric readmission among patients with bipolar disorder at an academic safety-net hospital. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(6), 584–593. doi:10.1177/0004867415605171
- Hibar, D. P., Westlye, L. T., van Erp, T. G. M., Rasmussen, J., Leonardo, C. D., Faskowitz, J., ... Andreassen, O. A. (2016). Subcortical volumetric abnormalities in bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 21(12), 1710–1716.
- Hodgkin, D., Stewart, M. T., Merrick, E. L., Pogue, Y. Z., Reilly-Harrington, N. A., Sylvia, L. G., ... Nierenberg, A. A. (2018). Prevalence and predictors of physician recommendations for medication adjustment in bipolar disorder treatment. *Journal of Affective Disorders*, 238, 666–673. doi:10.1016/j.jad.2018.06.012
- Ishak, W. W., Ugochukwu, C., Bagot, K., Khalili, D., & Zaky, C. (2012). Energy drinks: Psychological effects and impact on well-being and quality of life-a literature review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(1), 25–34.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241–251. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12
- Morgan, C. J., Coleman, M. J., Ulgen, A., Boling, L., Cole, J. O., Johnson, F. V., ... Levy, D. L. (2015). Thought disorder in schizophrenia and bipolar disorder probands, their relatives, and nonpsychiatric controls. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 523–535. doi:10.1093/schbul/sbx016

- National Institute of Mental Health. (2017). *Bipolar*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>
- Otto, M. W., Perlman, C. A., Wernicke, R., Reese, H. E., Bauer, M. S., & Pollack, M. H. (2004). Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: A review of prevalence, correlates, and treatment strategies. *Bipolar Disorders*, 6(6), 470–479. doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00151.x
- Schulze, L., Grove, M., Tamm, S., Renneberg, B., & Roepke, S. (2019). Effects of transcranial direct current stimulation on the cognitive control of negative stimuli in borderline personality disorder. *Scientific Reports*, 9(1), 332. doi:10.1038/s41598-018-37315-x
- Shah, S., Kim, J. P., Park, D. Y., Kim, H., Yuen, L. D., & Do, D., ... Ketter, T. A. (2017). Lifetime anxiety disorder and current anxiety symptoms associated with hastened depressive recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 219, 165–171. doi:10.1016/j.jad.2017.05.007
- Smit, H. J., & Rogers, P. J. (2002). Effects of ‘energy’ drinks on mood and mental performance: Critical methodology. *Food Quality and Preference*, 13(5), 317–326. doi:10.1016/S0950-3293(02)00044-7
- Vázquez, G. H., Tondo, L., Undurraga, J., & Baldessarini, R. J. (2018). Overview of antidepressant treatment of bipolar depression. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16(7), 1673–1685. doi:10.1017/S1461145713000023
- Wesley, M. S., Manjula, M., & Thirthalli, J. (2018). Interepisodic functioning in patients with bipolar disorder in remission. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(1), 52–60. doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_211_17
- World Health Organization. (2018). *Psychosis and bipolar disorders*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/
- Yee, A., Ng, C. G., & Seng, L. H. (2018). Vortioxetine treatment for anxiety disorder: A meta-analysis study. *Current Drug Targets*, 19(12), 1412–1423. doi:10.2174/1389450118666171117131151

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร*

Factors Related to Health-related Quality of Life among Diabetic Patients with Foot Ulcers, Tertiary Care Hospitals in Bangkok*

อาทิตา เย็นท่าเรือ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Artita Yentarue, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

รุ่งระวี นาวิเจริญ, พย.ด. ²

Rungrawee Navicharern, Ph.D. (Nursing) ²

Received: February 23, 2022

Revised: April 29, 2022

Accepted: May 2, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล รวมจำนวน 135 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า มีค่าความเชื่อมั่น .71 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .77 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า มีค่าความเชื่อมั่น .77 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹ Master, Program in Adult Nursing, 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: nrungrawee@yahoo.com

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.36, SD = .38$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .310, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการคัดกรองคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ประเมินข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อการวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study health-related quality of life and the relationships among symptom experiences, HbA1C level, complications of diabetes, self-care behaviors, and social support with health-related quality of life among diabetic patients with foot ulcers. The samples were 135 diabetic patients with foot ulcers who attended wound care at the out-patient department in King Chulalongkorn Memorial Hospital, Rajavithi Hospital, and Vajira Hospital. The research instruments included the demographic questionnaire, the symptom experiences questionnaire with reliability as .71, the self-care behaviors questionnaire with reliability as .77, the social support questionnaire with reliability as .92, and the Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF) with reliability as .77. Data were collected from January to June, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that the total mean score of health-related quality of life among diabetic patients with foot ulcers was at a moderate level ($M = 3.36, SD = .38$). Self-care behaviors was positively statistically significantly related to health-related quality of life among diabetic patients with foot ulcers ($r = .310, p < .001$).

This research suggests that nurses should assess the health-related quality of life as well as evaluate general data and self-care behaviors among diabetic patients with foot ulcers. As such, nurses can provide more suitable care plan for these patients.

Keywords: Health-related quality of life, Diabetic patient with foot ulcers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานถือเป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขของทั่วโลก จากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกศัลยกรรม ในเมืองบอลติมอร์ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีแผลที่เท้าและความรุนแรงระดับ 1 คือ มีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นบน (superficial) จนถึงความรุนแรงระดับ 5 คือ มีเนื้อเยื่อตายทั้งเท้า ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ร้อยละ 19–34 (Armstrong, Boulton, & Bus, 2017) ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น 2.50 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแผล (Walsh, Hoffstad, Sullivan, & Margolis, 2016) สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.50 เท่า ในช่วงระยะเวลา 5 ปี (ฉัตรพงศ์ โฆษณานันท์, 2556) รวมทั้งมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีโอกาสถูกตัดขาร้อยละ 54 (อัสนี วันชัย, พรพิมล ชัยสา, และรัศมี ศรีนนท์, 2560) โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลราชวิถี พบอัตราการชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าร้อยละ 3.40 (Sarinnapakorn, Sunthorntepwarakul, Deerochanawong, Niramitmahapanya, & Napartivaumnay, 2016) มีการศึกษาทางระบาดวิทยาในโรงพยาบาลศิริราช พบผู้ป่วยเบาหวานถูกตัดนิ้วเท้าร้อยละ 59.80 (วิลาวัณย์ ธิรภัทรพงศ์ และกุลภา ศรีสวัสดิ์, 2551) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีโอกาสถูกตัดขาสูงถึงร้อยละ 15 (Armstrong et al., 2001) นับได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นภาระต่อระบบการดูแลและระบบสุขภาพ (Skrepnek, Mills, Lavery, & Armstrong, 2017) เนื่องจากต้องใช้เวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (Apelqvist, Bakker, van Houtum, & Schaper, 2008) และการหายของแผลต้องใช้เวลาานาน รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายต่อคนเมื่อมารับการรักษาเฉลี่ย 80,490 บาท (วิลาวัณย์ ธิรภัทรพงศ์ และกุลภา ศรีสวัสดิ์, 2551) จากการเจ็บป่วยและ

การรักษาดังกล่าวล้วนมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (กิ่งกาญจน์ เพียรไพรงาม, 2554; วรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล, 2554; Alrub et al., 2019; Macioch et al., 2017; Navicharern, 2012)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นมุมมองที่เกิดจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการรักษาโรค ซึ่งส่งผลต่อด้านร่างกาย พลละกำลัง ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม หน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวดทางกาย สุขภาพจิต และข้อจำกัดทางอารมณ์ (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005) เมื่อนำคำนิยามดังกล่าวมาใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าจึงหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าจากผลกระทบของโรคและการรักษา ทั้งด้านการใช้เวลาว่าง ด้านสุขภาวะทางกาย ด้านการพึ่งพา/ชีวิตประจำวัน ด้านอารมณ์เชิงลบ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า และด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล (Bann, Fehnel, & Gagnon, 2003) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในประเทศจอร์แดนอยู่ในระดับต่ำทุกมิติ (Alrub et al., 2019) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Macioch et al., 2017) บางการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกายและด้านพลละกำลังต่ำกว่ามิติด้านอื่นๆ (Neto et al., 2016) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในเขตกรุงเทพมหานคร ภาคเหนือตอนบนและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ในระดับปานกลางและระดับดี ตามลำดับ (กิ่งกาญจน์ เพียรไพรงาม, 2554; วรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล, 2554; Navicharern, 2012) จากข้อมูลแสดงให้เห็นความแตกต่างกันในแต่ละบริบทพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานที่มี

แผลที่เท้า 1 เรื่อง (Khunkaew, Tungpunkom, Sim, & Fernandez, 2018) และงานวิจัยเชิงปริมาณ ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผล ที่เท้า 3 เรื่อง (กิงกาญจน์ เพียรไพรงาม, 2554; วรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล, 2554; Navicharern, 2012) ซึ่งทำ การศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข ภาคเหนือตอนบน และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนมื้ออาหารเช้า พฤติกรรม การจัดการตนเอง (Navicharern, 2012) ระดับความรุนแรง ของแผล ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การสนับสนุน ทางสังคม และภาวะซึมเศร้า (วรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล, 2554) โดยการศึกษาทั้ง 3 เรื่อง ใช้แบบประเมิน คุณภาพชีวิต WHO-BREF-THAI ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ ใช้ประเมินสำหรับประชากรทั่วไป ไม่มีความจำเพาะกับ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยการศึกษาใน กรุงเทพมหานครมีการศึกษาในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว และศึกษาเพียงตัวแปรคุณภาพชีวิตและการจัดการ ตนเอง จึงไม่สามารถขยายผลที่เป็นตัวแทนในเขต กรุงเทพมหานคร

จากข้อมูลข้างต้น การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการ ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มี แผลที่เท้าที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร โดยเลือกแบบประเมินคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า คือ Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF) ที่มีความจำเพาะกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า รวมทั้งศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาหาร ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ในเลือด (HbA1C) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาประยุกต์ในการประเมิน และวางแผนการพยาบาล ตลอดจนการพัฒนารูปแบบ

การดูแล เพิ่มคุณภาพทางการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีแผลที่เท้า อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย เบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาหาร ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรม การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่เข้ารับ บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

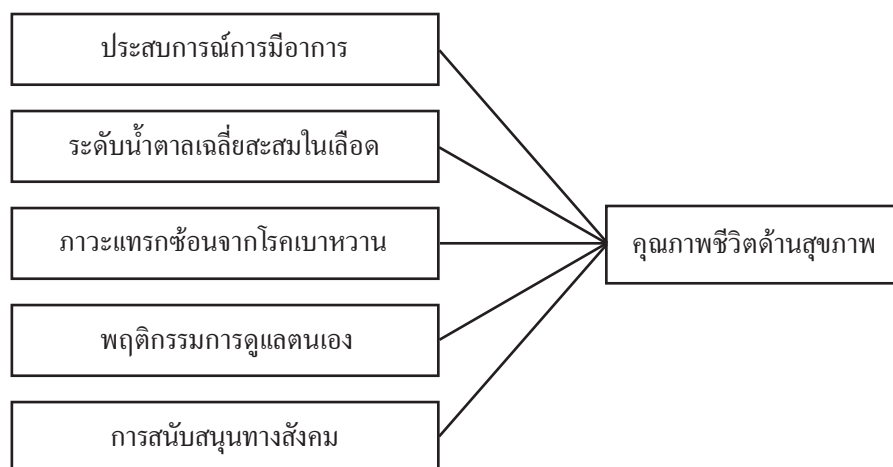
1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุน ทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่เข้ารับ บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
2. ประสิทธิภาพการมีอาหาร ระดับน้ำตาลเฉลี่ย สะสมในเลือด และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่เข้ารับบริการใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มี แผลที่เท้า โดยคัดสรรปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ 1) ประสิทธิภาพการมีอาหาร หมายถึง การรับรู้ของ ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารที่มีผลต่อการบรรเทาการดำเนินชีวิต ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพจากโรคเบาหวานและการได้รับการ รักษา ตามแนวคิดของ Portenoy et al. (1994) ประกอบด้วย การรับรู้การ ความถี่ ความรุนแรง และ

ความรู้สึกทุกข์ทรมาน/การรบกวนจากอาการ 2) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด หมายถึง ผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยที่แสดงถึงปริมาณน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 3) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคจอประสาทตา และโรคไต 4) พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการประเมินตนเอง และ

ด้านการดูแลเท้า และ 5) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงิน และบริการ และด้านการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และมีผลที่เท้าอายุ 18–59 ปี เข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยกลุ่มได้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี

และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีความรุนแรงของแผล (Wagner grade) ตั้งแต่ระดับ 1 (มีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นบน) ถึงระดับ 5 (มองเห็นเนื้อตายทั้งเท้า) 2) สามารถฟังพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 3) มีประวัติการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 4) ไม่มีภาวะบกพร่องทางจิต ซึ่งประเมินได้จากข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยว่าไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ได้แก่ โรคอารมณ์

สองชั่ว โรคจิตเภท โรคจิตจากสารเสพติด และภาวะเพื่อจากโรคทางกาย รวมทั้งไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งประเมินได้จากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (r) .30 (Navicharern, 2012) เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างมากที่สุด กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 112 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Wood, White, & Thompson, 2004) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 135 คน กำหนดขนาดตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สูตร disproportionate sampling (Fox, Hunn, & Mathers, 2009) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละแห่งละ 45 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวนครั้งของการเป็นแผลที่เท้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชนิดการรักษาโรคเบาหวาน การได้รับการตรวจคัดกรองเท้า การได้รับการอบรมการดูแลเท้า สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระดับความรุนแรงของแผล และชนิดของโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วย

เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของ Navicharern (1999) และแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอาการของระบบประสาทส่วนปลายส่วนล่างเสื่อมในผู้เป็นเบาหวานของธีราภรณ์ บุญล้อม, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2558) ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการที่เกิดจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาการที่เกิดจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการที่เกิดจากภาวะระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม รวมทั้งสิ้น 20 อาการ ประเมินจำนวนอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และนำมาประเมิน 4 มิติ ตามเกณฑ์การรับรู้อาการของ Portenoy et al. (1994) ได้แก่ การรับรู้อาการ ความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/การรบกวนจากอาการ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้การว่ามีหรือไม่มีอาการ หากพบว่ามีอาการ ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/การรบกวนจากอาการ เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากมีอาการ ให้ 1 คะแนน และหากไม่มีอาการ ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ อาการ ความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/การรบกวนจากอาการ ในระดับน้อย (0–1.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.34–2.67 คะแนน) และในระดับมาก (2.68–4.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมิน The summary of diabetes self-care activities measure (SDSCA) ที่สร้างขึ้นโดย Toobert and Glasgow ปี ค.ศ. 2000 ซึ่งถูกนำมาแปลและใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกาวนา กิริติยดวงศ์ ปี พ.ศ. 2548 ต่อมาถูกนำมาใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยวรรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) มีค่าความเชื่อมั่น .78 โดยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการประเมิน

ตนเอง และด้านการดูแลเท้า รวมจำนวน 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ และปฏิบัติทุกวัน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับดี (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับดีมาก (4.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสมนักษ์ สุวรรณทรัพย์, ชูดี ลีลิกนาวิระ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2559) ที่สร้างจากกรอบแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ เงิน และบริการ และด้านการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร รวมจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ตรงกับความคิดเห็นทั้งหมด ตรงกับความคิดเห็นเพียงเล็กน้อย ตรงกับความคิดเห็นเพียงครึ่งหนึ่ง ตรงกับความคิดเห็นส่วนใหญ่ และตรงกับความคิดเห็นทั้งหมด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ผู้วิจัยใช้ the Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF) ของ Bann et al. (2003) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Khunkaew et al. (2018) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

ด้านผลกระทบต่อกิจกรรมยามว่าง ด้านภาวะทางกายภาพ ด้านการพึ่งพาชีวิตประจำวัน ด้านอารมณ์เชิงลบ ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า และด้านการดูแลแผล รวมจำนวน 29 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ตรงกับการรับรู้ทั้งหมด ตรงกับการรับรู้ส่วนใหญ่ ตรงกับการรับรู้เพียงครึ่งหนึ่ง ตรงกับการรับรู้เล็กน้อย และไม่ตรงกับการรับรู้ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำมาก (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับต่ำ (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับดี (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับดีมาก (4.51-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์หลอดเลือด พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผล (2 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ทุกชุด ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หรือผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .71, .77, .92 และ .77 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 813/62 วันที่ 8 มกราคม 2563) คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล

ราชวิถี (เอกสารรับรอง เลขที่ 025/2019 วันที่ 12 กันยายน 2562) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล (เอกสารรับรอง เลขที่ 132/62 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลประสมการณ์การมีอาการ ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างประสมการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าส่วนใหญ่

เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.40 มีอายุอยู่ในช่วง 50–59 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.60 โดยมีอายุเฉลี่ย 52.22 ปี ($SD = 6.69$) มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท ต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.10 โดยมีรายได้เฉลี่ย 12,950.37 บาทต่อเดือน ($SD = 8,073.05$) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 94.10 เป็นแผลที่เท้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมากกว่า 1 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.10 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 62.20 ได้รับการตรวจคัดกรองเท้า คิดเป็นร้อยละ 53.30 ได้รับการอบรมการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของแผลระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 74.80 และเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 97

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมากกว่า 8% มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.70 โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเฉลี่ย 8.39% ($SD = 1.94$) และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน คือ โรคหลอดเลือดขาอุดตันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.10 รองลงมา คือ โรคไต คิดเป็นร้อยละ 21.60 โรคจอประสาทตา คิดเป็นร้อยละ 18.70 โรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 7.20 และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 1.40 ตามลำดับ

2. ประสมการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีการรับรู้อาการมากที่สุด 18 อาการ และน้อยที่สุด 1 อาการ ($M = 8.68, SD = .30$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการในมิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน/การรบกวนจากอาการ ในระดับน้อย ($M = .60, SD = .02$; $M = .45, SD = .18$ และ $M = .45, SD = .18$ ตามลำดับ)

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.82, SD = .56$) เมื่อจำแนก

เป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน^๑ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี 1 ด้าน คือ ด้านการรับประทานยา ($M = 4.30, SD = .82$) ในระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ($M = 3.07, SD = .57$) และในระดับน้อย 3 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย ($M = 2, SD = .98$) ด้านการประเมินตนเอง ($M = 1.66, SD = .84$) และด้านการดูแลเท้า ($M = 2.42, SD = 1.24$)

4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.45, SD = .79$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน^๑ มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ($M = 3.58, SD = 1.04$) และด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ($M = 3.81, SD = .84$) และในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ เงิน และบริการ ($M = 3.31, SD = .95$) และด้านการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 3.18, SD = 1.20$)

5. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามี

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.36, SD = .38$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน^๑ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับดี 3 ด้าน คือ ด้านผลกระทบต่อกิจกรรรมยามว่าง ($M = 3.69, SD = .57$) ด้านภาวะทางกายภาพ ($M = 3.52, SD = .81$) และด้านอารมณ์เชิงลบ ($M = 4.11, SD = .67$) และในระดับปานกลาง 3 ด้าน คือ ด้านการพึ่งพา/ชีวิตประจำวัน ($M = 3.11, SD = .73$) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า ($M = 3.19, SD = .70$) และด้านการดูแลแผล ($M = 2.83, SD = .72$)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .310, p < .001$) ส่วนประสบการณ์การมีอาการระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน^๑ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ($n = 135$)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	
	r	p
ประสบการณ์การมีอาการ	.020	.850
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด	-.120	.170
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	.040	.660
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.310	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.030	.770

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของแผลระดับ 2 (ร้อยละ 74.80) ซึ่งแผลมีลักษณะการบาดเจ็บถึงเนื้อเยื่อผิวด้านใน ไม่มีหนองหรือการติดเชื้อถึงกระดูก จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านภาวะทางกายภาพในระดับดี โดยยังสามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับครอบครัวได้ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมากกว่า 8% ถึงร้อยละ 43.70 และเป็นแผลที่เท้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมากกว่า 1 ครั้ง ถึงร้อยละ 54.10 จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า และด้านการดูแลแผล ในระดับปานกลาง เพราะต้องเข้ารับการรักษาแผลที่ยาวนาน ส่งผลต่อการประกอบอาชีพ และในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษา แต่ครั้งละสั้นมีค่าใช้จ่าย อีกทั้งยังรู้สึกวิตกกังวล กลัวแผลไม่หาย และกลัวโดนตัดขา สอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งกาญจน์ เพียรไพรงาม (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ยิ่งกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงขึ้น ยิ่งมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาในระดับดี ซึ่งอาจเนื่องจากส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 62.20) ทำให้สามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ เพราะพฤติกรรมการรับประทานยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดสามารถปฏิบัติได้ง่าย ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารในระดับปานกลาง เนื่องจากอยู่ในสภาพสังคมเมืองซึ่งมักมีความเร่งรีบในการรับประทานอาหาร อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้านการประเมินตนเอง และด้านการดูแลเท้า ในระดับน้อย ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมไม่ตรวจเท้าด้วยตนเอง เนื่องจากคิดว่าไม่จำเป็น และมีเจ้าหน้าที่ตรวจให้ ส่วนการป้องกันการเกิดแผล ผู้ป่วยไม่ทาครีมที่เท้า เนื่องจากมีความรู้สึกว่าเหนียวเหนอะหนะ กลัวการคันคัน (หนึ่งฤทัย จันทรินทร์, อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2558) นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของการออกกำลังกายที่เหมาะสมและต่อเนื่องนั้น ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอาการที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติ (สุปรียา เสียงดัง, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของวรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการมีอากร ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้หลอดเลือดทำงานผิดปกติ (พัฒน์พงษ์ นาวิเจริญ, 2549) มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอย่างช้าๆ โดยแสดงอาการต่างๆ เช่น ชาปลายเท้า ปัสสาวะบ่อยช่วงกลางคืน (พัทธิน วัชรพันธ์ และเกวลิณ ธรรมสิทธิบุรณ, 2557) ซึ่งอาการเหล่านี้ถือเป็นภาวะเรื้อรัง ทำให้การรับรู้ถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาอยู่ในระดับน้อย โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าการไม่รุนแรงถึงขั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 52.22 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยกลางคน มีจำนวน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพียง 1 โรค (ร้อยละ 43) และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.40) จึงไม่แสดงออกให้เห็นถึงความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง เพราะวิธีเผชิญความเครียดของเพศชาย คือ มักเก็บความรู้สึก ไม่แสดงอารมณ์ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรมีการคัดกรองคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าทุกราย และมีการประเมินข้อมูลทั่วไป รวมทั้งพฤติกรรมและการดูแลตนเอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เช่น ระยะเวลาการเป็นแผล ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะช่วยสนับสนุนในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติและการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กิ่งกาญจน์ เพียรไพโรจน์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า* โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสุภาพาเหนือตอนบน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐพงศ์ โหมษคุณพันธ์. (บ.ก.). (2556). *ตำราการป้องกันและรักษาโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน*. เชียงใหม่: ทรินิตี้.

ธีรภรณ์ บุญล้อม, อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2558). ประสิทธิภาพการมีอาหาร กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์การจัดการอาหารของระบบประสาทส่วนปลายส่วนล่างเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(3), 16–25.

พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ. (2549). Diabetic foot. ใน ธิติ สันบุญ, และวรภณ วงศ์ถาวราวัฒน์ (บ.ก.), *การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม* (น. 218–227). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัทธนิธ วัชรพันธ์, และเกวณิ ธรรมลิขิตบุรณ์. (2557). โรคเบาหวานกับการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและเนื้อเยื่อรอบรากฟัน. *วารสารทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 2(2), 20–37.

วรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิลาวัลย์ ธีรภัทรพงศ์, และกุลภา ศรีสวัสดิ์. (2551). การศึกษาระบาดวิทยาและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยตัดเท้าหรือขาเนื่องจากเบาหวาน ณ โรงพยาบาลศิริราช. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ*, 18(2), 65–69.

สมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์, ยุวดี ลีลิคนาวีระ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(3), 20–35.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). เพศภาวะกับสุขภาพจิต. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 55(1), 109–118.

- สุปรียา เสียงดัง. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 191–204.
- หนึ่งฤทัย จันทร์อินทร์, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2558). พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *รวมาธิบดีพยาบาลสาร*, 21(2), 199–213.
- อัสนี วันชัย, พรพิมล ชัยสา, และรัศมี ศรีนนท์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา. *เชียงรายเวชสาร*, 9(2), 139–146.
- Alrub, A. A., Hyassat, D., Khader, Y. S., Bani-Mustafa, R., Younes, N. A., & Ajlouni, K. (2019). Factors associated with health-related quality of life among Jordanian patients with diabetic foot ulcer. *Journal of Diabetes Research*, 2019(3), 1–8. doi:10.1155/2019/4706720
- Apelqvist, J., Bakker, K., van Houtum, W. H., & Schaper, N. C. (2008). Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot: Based upon the International Consensus on the Diabetic Foot (2007) prepared by the International Working Group on the Diabetic Foot. *Diabetes/ Metabolism Research and Reviews*, 24 (Suppl. 1), 181–187. doi:10.1002/dmrr.848
- Armstrong, D. G., Boulton, A. J. M., & Bus, S. A. (2017). Diabetic foot ulcers and their recurrence. *The New England Journal of Medicine*, 376(24), 2367–2375. doi:10.1056/NEJMra1615439
- Armstrong, D. G., Nguyen, H. C., Lavery, L. A., van Schie, C. H., Boulton, A. J., & Harkless, L. B. (2001). Off-loading the diabetic foot wound: A randomized clinical trial. *Diabetes Care*, 24(6), 1019–1022. doi:10.2337/diacare.24.6.1019
- Bann, C. M., Fehnel, S. E., & Gagnon, D. D. (2003). Development and validation of the Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF). *PharmacoEconomics*, 21(17), 1277–1290. doi:10.2165/00019053-200321170-00004
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. doi:10.1097/00006842-197609000-00003
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336–342. doi:10.1111/j.1547-5069.2005.00058
- Fox, N., Hunn, A., & Mathers, N. (2009). *Sampling and sample size calculation*. Retrieved from <https://www.bdct.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/04/Sampling-and-Sample-Size-Calculation.pdf>
- Khunkaew, S., Tungpunkom, P., Sim, J., & Fernandez, R. (2018). The experiences of people in northern Thailand living with diabetic foot ulcers: A descriptive qualitative study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(4), 304–318. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/105579/109032>

- Macioch, T., Sobol, E., Krakowiecki, A., Mrozikiewicz-Rakowska, B., Kasproicz, M., & Hermanowski, T. (2017). Health related quality of life in patients with diabetic foot ulceration—translation and Polish adaptation of Diabetic Foot Ulcer Scale short form. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(15), 1–8. doi:10.1186/s12955-017-0587-y
- Navicharern, R. (1999). *Effects of collaborative symptom management between a patient with non-insulin dependent diabetes mellitus and a nurse* (Master's thesis). Bangkok: Mahidol University.
- Navicharern, R. (2012). Diabetes self-management, fasting blood sugar and quality of life among type 2 diabetic patients with foot ulcers. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(2), 156–162. Retrieved from <https://europepmc.org/article/med/22435243>
- Neto, P. M. L., de Lima, P. H. S., Santos, F. D. R. P., de Jesus, L. M. d. S., Lima, R. J. C. P., & dos Santos, L. H. (2016). Quality of life of people with diabetic foot. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(2), 191–197. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324045343006.pdf>
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Coyle, N., ... Scher, H. (1994). Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Quality of Life Research*, 3(3), 183–189. doi:10.1007/BF00435383
- Sarinnapakorn, V., Sunthorntepwarakul, T., Deerochanawong, C., Niramitmahapanya, S., & Napartivaumnay, N. (2016). Prevalence of diabetic foot ulcers and risk classifications in type 2 diabetes mellitus patients at Rajavithi Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 99(Suppl. 2), 99–105. Retrieved from <https://www.thaiscience.info/Journals/Article/JMAT/10986038.pdf>
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381–406. doi:10.1007/BF00846149
- Skrepnek, G. H., Mills, J. L., Lavery, L. A., & Armstrong, D. G. (2017). Health care service and outcomes among an estimated 6.7 million ambulatory care diabetic foot cases in the US. *Diabetes Care*, 40(7), 936–942. doi:10.2337/dc16-2189
- Walsh, J. W., Hoffstad, O. J., Sullivan, M. O., & Margolis, D. J. (2016). Association of diabetic foot ulcer and death in a population-based cohort from the United Kingdom. *Diabetic Medicine*, 33(11), 1493–1498. doi:10.1111/dme.13054
- Wood, A. M., White, I. R., & Thompson, S. G. (2004). Are missing outcome data adequately handled? A review of published randomized controlled trials in major medical journals. *Clinical Trials*, 1(4), 368–376. doi:10.1191/1740774504cn0320a

ผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยา ของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน*

Effect of the Problem Solving Therapy on Relapsing Risk Behaviors among Patients with Amphetamine Dependence*

พุทธรชชาติ ศรีสุวรรณ, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ¹

Puttachad Srisuwan, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ¹

สมบัติ สกุลพรรณ, ปร.ด. (หลักสูตรและการสอน) ²

Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction) ²

หรรษา เศรษฐบุปผา, ปร.ด. (การพยาบาล) ³

Hunsa Sethabouppha, Ph.D. (Nursing) ³

Received: June 17, 2020 Revised: April 24, 2022 Accepted: April 25, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 48 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการแก้ปัญหา มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบคัดกรองประสบการณ์การใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน มีค่าความเชื่อมั่น .82 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2562

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: erng.putta094@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ถึงเดือนมีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.200, p < .001$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรนำการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา พฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ
ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of the problem solving therapy on relapsing risk behaviors among patients with amphetamine dependence. The participants consisted of 48 patients with amphetamine dependence who received treatment at the in-patient department, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province and were divided into the experimental group ($n = 24$) and the control group ($n = 24$). The research instruments included the problem solving therapy, the personal information questionnaire, the Problem Solving Inventory (PSI) with reliability as .83, and the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test–Amphetamine-type stimulants (ASSIST-ATS) with reliability as .82. The implementation and data collection were conducted from August, 2019 to March, 2020. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean score of relapsing risk behaviors than that of before the experiment ($t = 8.200, p < .001$); and 2) after the experiment, the mean scores of relapsing risk behaviors between the experimental and control group were not different.

This research suggests that psychiatric nurses should apply this problem solving therapy for caring patients with amphetamine dependence who receive treatment in the hospital in order to reduce relapsing risk behaviors among these patients.

Keywords: Problem solving therapy, Relapsing risk behaviors,
Patients with amphetamine dependence

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน การเสพยาเสพติดถือเป็นปัญหาสุขภาพที่ทั่วโลกให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อทั้งระบบเศรษฐกิจและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสถานการณ์สารเสพติดและผู้ติดยาเสพติดของโลก พบว่ามีจำนวนผู้ใช้แอมเฟตามีนถึง 27 ล้านคน (United Nations Office on Drugs and Crime, 2019) สำหรับประเทศไทย จากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ในปีงบประมาณ 2564 พบผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด จำนวน 155,500 ราย โดยร้อยละ 79.20 เป็นผู้เสพยาบ้า (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ

แอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท การใช้แอมเฟตามีนก่อให้เกิดการกระทำที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมของผู้ติดยาเสพติด เช่น เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (Marshall & Werb, 2010) มีอาการทางจิตและมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติคล้ายโรคพาร์คินสัน (Thrash-Williams et al., 2016) เกิดความรุนแรงในครอบครัว มีพฤติกรรมรุนแรงทางเพศ ได้แก่ การบังคับขืนใจให้มีเพศสัมพันธ์ ส่งผลกระทบด้านการเงินและทรัพย์สิน ได้แก่ การขายมียาเสพติดหรือทรัพย์สินของสมาชิกในครอบครัว คนในชุมชนเกิดความรังเกียจหรือหวาดกลัว (สุจิตตาฤทธิ์มนตรี และกฤตยา แสงเจริญ, 2554) และต้นทุนรวมในการบำบัดรักษาส่งกว่าผู้ติดยาเสพติดประเภทอื่น คือ ประมาณ 83,673 บาทต่อราย (นาวัน แพทยานันท์ และอ้อทิพย์ ราษฎร์นิยม, 2554)

พฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของผู้ป่วยติดยาเสพติด หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่เคยรับการบำบัดรักษามาแล้ว มีพฤติกรรมกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปเสพยา เช่น ความสามารถในการเผชิญปัญหา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์

เสี่ยง ความสามารถในการปฏิเสธ แรงจูงใจในการเลิกเสพยา ความเชื่อส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยพบว่า ผู้เสพยาแอมเฟตามีนมีอัตราการเลิกได้เพียงร้อยละ 69.90 (ภัทรรินทร์ ชมภูคำ, สำเนา นิลบรรพ์, และสมพร สุวรรณมาโจ, 2555) จึงมีผู้พยายามศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาซ้ำเหล่านี้

ปัจจุบันได้มีผู้พัฒนาโปรแกรมมากมายเพื่อลดพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ เช่น โปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โปรแกรมบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ ของสถาบันธัญญารักษ์ และการบำบัดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมเหล่านี้สามารถช่วยลดพฤติกรรมกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังคงพบว่า ผู้เสพยาที่มีพฤติกรรมเสพยาซ้ำและกลับเข้ารับการบำบัดรักษายังถึงร้อยละ 35.35 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย จะมีโอกาสเสพยาแอมเฟตามีนลดลง .83 เท่า (สุทธิชัย ศิริวัน, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (problem solving therapy (PST)) มาใช้ในการบำบัด เพื่อเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา อาจเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีนได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาไปในทางบวก (Bell & D'Zurilla, 2009; Nezu & Nezu, 2007) มีทัศนคติในการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์ โดยเน้นให้มีรูปแบบการแก้ปัญหาแบบใช้เหตุผล เนื่องจากบุคคลที่อยู่ระหว่างการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนจะมีความหุนหันพลันแล่นสูงขึ้น ซึ่งผลักดันให้เกิดพฤติกรรม

การกลับไปเสพซ้ำ (Jones, Dean, Price, & London, 2016) และผู้ที่ใช้สารเสพติดมักมีรูปแบบการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงและเมินเฉย (Kronenberg, Goossens, van Busschbach, van Achterberg, & van den Brink, 2015) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาไปในทางบวกจะช่วยลดโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพติดซ้ำของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนได้

กรมสุขภาพจิตมีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการด้านจิตเวชและยาเสพติด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนสามารถเข้าถึงการบำบัดรักษาได้มากขึ้น และกลับมาใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข จึงได้ร่วมมือกับศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ เพื่อกำหนดแนวทางในการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ไม่ให้กลับไปใช้สารเสพติดหรือมีปัญหาสุขภาพจิตซ้ำ (เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2562) โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด ซึ่งมีระบบการบำบัดรักษาที่เป็นมาตรฐาน และมีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาร้อยละ 24.73 (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2563) ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพติดซ้ำของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดรักษา เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพติดซ้ำของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพติด

ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

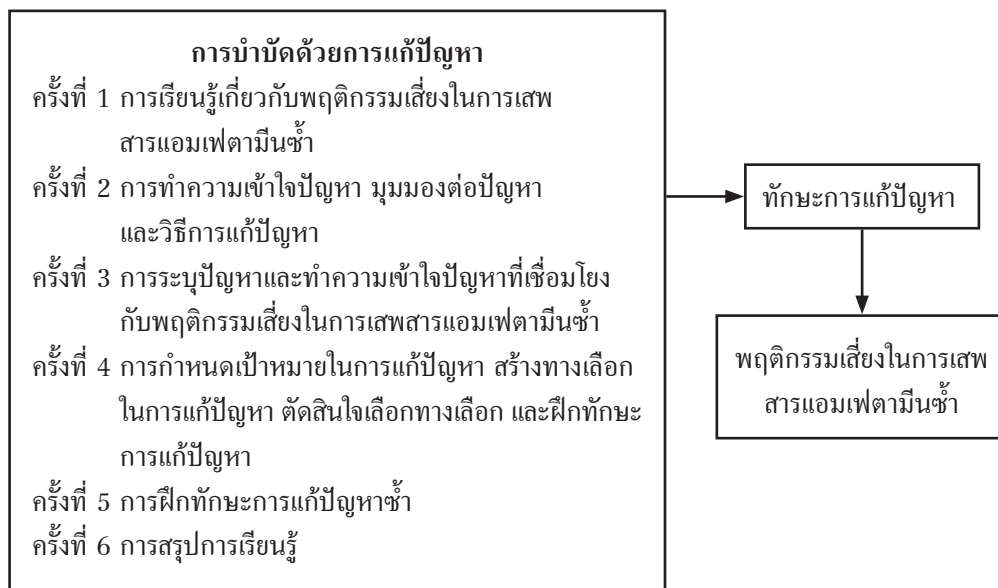
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพติดต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพติดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการแก้ปัญหาของ D’Zurilla and Nezu (1982, 2010) ในการพัฒนาการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เพื่อมุ่งลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพติดสารแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ มีรูปแบบการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงและเมินเฉย (Kronenberg et al., 2015) โดยผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการเลิกเสพติดแอมเฟตามีนจะมีความหุนหันพลันแล่นสูงขึ้น (Jones et al., 2016) ส่งผลให้มีรูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม อาจเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาไปในทางบวก รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต (Bell & D’Zurilla, 2009; Nezu & Nezu, 2007) และเป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เข้าใจว่าปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไข ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา เกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจปัญหา มีทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ โดยเน้นให้มีรูปแบบการแก้ปัญหาแบบใช้เหตุผล และลดการใช้รูปแบบการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและแบบหลีกเลี่ยง ซึ่งการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหาไปในทางบวก รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง และมีรูปแบบ

การแก้ปัญหาที่เหมาะสม จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงใน การเสพยาเสพติดได้ สรุปลงเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (อายุ 19–59 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสารเสพติด และได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มเสพติดเป็นหลัก โดยมีพฤติกรรมเสพยา (รับการบำบัดรักษาครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ในสถานบริการของรัฐหรือเอกชน) 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment [MoCA] Thai version)

4) มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนสิ้นสุดการบำบัด 2) มีอาการทางจิตระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม และ 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Burns and Grove (2009) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2008) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 26 คน รวมจำนวน 52 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามช่วงคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการแก้ปัญหา ของ D'Zurilla and Nezu (1982, 2010) เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติด ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติด และแนะนำเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา สื่อที่ใช้ คือ วิดีโอเรื่องสมองติดยา และผลกระทบของการใช้สารเสพติดในไขกระดูก และไขกระดูกไขสันหลัง

ครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจปัญหา มุมมองต่อปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกทำความเข้าใจปัญหา เสนอมุมมองต่อปัญหา และเสนอวิธีการแก้ปัญหา สื่อที่ใช้ คือ วิดีโอเรื่องเรื่องจริงของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด (เปลี่ยน) และเรื่อง พลังของคุณ ไขกระดูก และไขกระดูกไขสันหลัง

ครั้งที่ 3 การระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติด ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเลือกปัญหาที่ชัดเจนเพื่อนำมาฝึกการแก้ปัญหา และฝึกการประเมินและการจัดการอารมณ์ทางลบของตนเอง สื่อที่ใช้ คือ วิดีโอเรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ไขกระดูก และไขกระดูกไขสันหลัง

ครั้งที่ 4 การกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา ตัดสินใจเลือกทางเลือก และฝึกทักษะการแก้ปัญหา ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา ฝึกค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา วิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางเลือกด้วยตนเอง

และฝึกทักษะการแก้ปัญหา สื่อที่ใช้ คือ ไขกระดูก และไขกระดูกไขสันหลัง

ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาซ้ำ ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแก้ปัญหาซ้ำ โดยใช้ปัญหาที่เลือกไว้ในครั้งที่ 3 สื่อที่ใช้ คือ ไขกระดูก

ครั้งที่ 6 การสรุปการเรียนรู้ ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปการเรียนรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้รับจากการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมั่นใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว กลุ่มยาจิตเวชที่ได้รับ ความถี่ของการใช้สารเสพติด ปริมาณการใช้สารเสพติด ระยะเวลาการใช้สารเสพติด สาเหตุหลักของการใช้สารเสพติด ระยะเวลาที่เคยหยุดเสพยาเสพติด การแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนที่อาศัยอยู่ การมีคนที่ใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด จำนวนครั้งที่รับการบำบัดรักษา มุมมองต่อการใช้สารเสพติด และสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory [PSI]) ของสวดี ศรีวิเศษ, วัชริน หัตถพนม, สายชล ยุกพันธ์, สโรชา บางแสน, และอิงกัญญา โคตนารา (2556) ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ D'Zurilla ปี ค.ศ. 2007 ใช้สำหรับประเมินทักษะการแก้ปัญหา จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 23-92 คะแนน สำหรับการแปล

ผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาที่ดี

ชุดที่ 3 แบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test–Amphetamine-type stimulants [ASSIST-ATS]) ของพันธุศาสตร์ กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ (2555) ที่ปรับปรุงจาก the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) version 3.1 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสาวิตรี อัญฉกรชัย, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, และพันธุศาสตร์ กิตติรัตน์ไพบูลย์ ปี พ.ศ. 2554 ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพติด โดยการคัดกรองประสิทธิภาพการใช้สารแอมเฟตามีนที่ผ่านมา และปัญหาที่เกี่ยวข้องในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 8 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–39 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เสี่ยง = มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ หากยังใช้สารเสพติดในลักษณะที่กำลังใช้อยู่ในปัจจุบัน (0–3 คะแนน) เสี่ยงมาก = มีความเสี่ยงมากต่อปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม ทั้งต่อผู้ใช้สารเสพติดและผู้อื่น หากยังใช้สารเสพติดในลักษณะที่กำลังใช้อยู่ในปัจจุบัน (4–26 คะแนน) และเสี่ยงสูงมาก = มีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีปัญหาร้ายแรง (เช่น ปัญหาสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมาย สัมพันธภาพ) หากยังใช้สารเสพติดในลักษณะที่กำลังใช้อยู่ในปัจจุบัน (27 คะแนนขึ้นไป)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำวิธีการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการสร้างโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (2 คน) และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .83 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไป

ทดลองใช้กับผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน และนำแบบวัดการแก้ปัญหา และแบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 098/2019 วันที่ 21 มิถุนายน 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง (เอกสารรับรอง เลขที่ 17/2562 วันที่ 9 กันยายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด เป็นรายบุคคล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการแก้ปัญหา และแบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 20–25 นาที

และให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ การพูดคุย แนะนำความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา การดูแลให้รับประทานยา การประเมินลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (stage of change) และการบำบัดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอบผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด เป็นรายบุคคล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการแก้ปัญหา และแบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 20–25 นาที และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

4. ในสัปดาห์ที่ 2–3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอบผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด เป็นรายบุคคล ดำเนินการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ร่วมกับให้ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล โดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาดำเนินกิจกรรมวันละ 1 ครั้ง วันเว้นวัน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการบำบัดให้ตอบแบบวัดการแก้ปัญหา โดยใช้เวลา 5–7 นาที

5. หลังการจำหน่าย 3 เดือน ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคน และให้ตอบแบบวัดการแก้ปัญหา และแบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน หลังการทดลอง (post-test) โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ โดยใช้เวลา 20–25 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test และ

independent *t*-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ ในระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยไม่สามารถโทรศัพท์ติดต่อกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน (กลุ่มละ 2 คน) จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 92.30

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 87.50 มีอายุอยู่ในช่วง 26–30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.25 ปี ($SD = 7.18$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.90 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000–10,000 บาท ต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 62.50 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 87.50 กลุ่มยาจิตเวชที่ได้รับ คือ ยาต้านอาการทางจิต มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ความถี่ของการใช้สารแอมเฟตามีน คือ 7 ครั้งต่อสัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีนอยู่ในช่วง 1–10 เม็ดต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 75 โดยมีปริมาณการใช้เฉลี่ย 10.33 เม็ดต่อสัปดาห์ ($SD = 10.29$) มีระยะเวลาการใช้สารแอมเฟตามีนมากกว่า 12 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25 สาเหตุหลักของการใช้สารแอมเฟตามีน คือ อายากลอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 ระยะเวลาที่เคยหยุดเสพยาแอมเฟตามีน คือ น้อยกว่า 1 เดือน และ 25–36 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.80 เท่ากัน โดยมีระยะเวลาที่เคยหยุดเสพยาเฉลี่ย 30 เดือน ($SD = 23.93$)

ส่วนใหญ่คิดเห็นว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนที่อาศัยอยู่ คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีคนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 33.30 ส่วนใหญ่รับการบำบัดรักษาเป็นครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 70.80 มุมมองต่อการใช้สารเสพติด คือ ส่วนใหญ่ไม่มีความเชื่อว่าการใช้สารเสพติดเป็นเรื่องปกติ คิดเป็นร้อยละ 70.80 และมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี อยู่กันอย่างราบรื่น คิดเป็นร้อยละ 70.80

กลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 91.70 มีอายุอยู่ในช่วง 26–30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.70 โดยมีอายุเฉลี่ย 29.67 ปี ($SD = 6.81$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 66.70 ว่างาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีรายได้ในช่วง 5,000–10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 62.50 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 87.50 กลุ่มยาจิตเวชที่ได้รับ คือ ยาต้านอาการทางจิตร่วมกับยาควบคุมอารมณ์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.20 ความถี่ของการใช้สารแอมเฟตามีน คือ 7 ครั้งต่อสัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 มีปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีนอยู่ในช่วง 1–10 เม็ดต่อสัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 โดยมีปริมาณการใช้เฉลี่ย 17.38 เม็ดต่อสัปดาห์ ($SD = 14.17$) มีระยะเวลา

การใช้สารแอมเฟตามีนอยู่ในช่วง 7–9 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 สาเหตุหลักของการใช้สารแอมเฟตามีน คือ ยากลอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ระยะเวลาที่เคยหยุดเสพยาแอมเฟตามีน คือ 1–12 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.20 โดยมีระยะเวลาที่เคยหยุดเสพยาเฉลี่ย 15.75 เดือน ($SD = 13.69$) ส่วนใหญ่คิดเห็นว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนที่อาศัยอยู่ คิดเป็นร้อยละ 79.20 มีคนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 41.70 ส่วนใหญ่รับการบำบัดรักษาเป็นครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 66.70 มุมมองต่อการใช้สารเสพติด คือ ส่วนใหญ่ไม่มีความเชื่อว่าการใช้สารเสพติดเป็นเรื่องปกติ คิดเป็นร้อยละ 70.80 และมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี อยู่กันอย่างราบรื่น คิดเป็นร้อยละ 62.50

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เคยหยุดเสพยาแอมเฟตามีนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพซ้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.200, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพซ้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลอง ($n = 24$)	24.58	6.12	8.200	< .001
หลังการทดลอง ($n = 24$)	12.00	7.95		

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

เสี่ยงในการเสพยาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง (n = 24)	12.00	7.95	.170	.860
กลุ่มควบคุม (n = 24)	12.42	8.95		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การบำบัดด้วยการ แก้ปัญหาช่วยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ดิสดาสแอมเฟตามีน เนื่องจากการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลมีการจัดการกับปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ ตึงเครียดในชีวิต โดยเฉพาะจะไปจัดการกับการปัญหา และอารมณ์ (D’Zurilla & Nezu, 2010) ซึ่งผู้วิจัยได้ ดำเนินการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา โดยจัดกิจกรรม 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงใน การเสพยาแอมเฟตามีน ครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจ ปัญหา มุมมองต่อปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา ครั้งที่ 3 การระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาที่เชื่อมโยงกับ พฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีน ครั้งที่ 4 การกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา สร้างทางเลือก ในการแก้ปัญหา ตัดสินใจเลือกทางเลือก และฝึกทักษะ การแก้ปัญหา ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาซ้ำ

และครั้งที่ 6 การสรุปการเรียนรู้ ซึ่งในกิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเลือกปัญหาที่ชัดเจนเพื่อนำมาฝึกการแก้ ปัญหา และฝึกการประเมินและการจัดการอารมณ์ทางลบ ของตนเอง นับเป็นการตอบสนองต่อปัญหาที่มีความเฉพาะ เจาะจง จากการค้นหาปัญหาและระบุปัญหาที่แท้จริงของ การมีพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเชื่อมโยงขององค์ประกอบ ในการแก้ปัญหากับผลลัพธ์มากขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถ ระบุปัญหาที่มีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการกลับไป เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของตนเองได้ เช่น “เครียดเลย ลูบ” “ทะเลาะกับที่บ้าน เลยอยากจะประชดด้วยการสูบ ยาบ้า” และมีการค้นหาอารมณ์และความรู้สึกที่นำไปสู่ การกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ เช่น อารมณ์โกรธ อยากประชด เครียด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัย ทำนายการเสพยาของผู้ใช้สารแอมเฟตามีนในประเทศ ฟิลิปปินส์ ของ Tuliao and Liwag (2011) ที่พบว่า อารมณ์ทางลบ เช่น เศร้า รู้สึกผิด โดดเดี่ยว เครียด เจ็บปวด อาย โกรธ เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเสพยา แอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสอน เทคนิคผ่อนคลายความเครียดเพื่อจัดการกับอารมณ์ ทางลบที่เกิดขึ้น โดยใช้วิธีโอเป็นสื่อประกอบ หลังการสอน พบว่า ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ทางลบ

ที่นำไปสู่การกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้ดีขึ้น ส่วนในกิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา ฝึกค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา วิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางเลือกด้วยตนเอง และฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ มีความชัดเจน และกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน เช่น “จะเลิกเสพยาทันทีที่ออกจากโรงพยาบาลเพื่อตัวเองและลูก” “จะเลิกเสพยาภายใน 1 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อพ่อแม่” ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนของตนเอง และผู้วิจัยยังให้ผู้ป่วยฝึกค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยได้ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายและมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของตนเอง เช่น “จะออกกำลังกายแทนการใช้เวลาไปกับการเสพยา” “จะย้ายไปทำงานที่อื่นเพื่อไม่ต้องเจอเพื่อนกลุ่มเดิมที่เสพยา” จะเห็นได้ว่า การกำหนดเป้าหมายเป็นการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำเพิ่มขึ้น จะทำให้โอกาสในการเสพยาลดลง (สุทธิชัย ศิรินวล และคณะ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tuliao and Liwag (2011) ที่พบว่า ผู้ที่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนสูง จะมีแรงกระตุ้น ผลักดันให้เกิดความพยายามอย่างแรงกล้าที่จะเอาชนะใจตัวเอง นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังให้ผู้ป่วยฝึกวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาก่อนที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือก และให้ฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยนำทางเลือกมาวางแผนวิธีการที่จะทำให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยทำเป็นขั้นตอนเพื่อเตรียมนำไปปฏิบัติจริงเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล รวมทั้งให้วิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจพบเมื่อนำทางเลือกนั้นๆ ไปปฏิบัติ พร้อมคิดวิธีการแก้ไข เพื่อเป็นการเตรียมตัวเมื่อต้องพบกับสถานการณ์จริง ทั้งนี้ เมื่อประเมินทักษะการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดการแก้ปัญหาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะ

การแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาลดช่วยให้ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น และมีพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชัย ศิรินวล และคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น จะมีโอกาสในการเสพยาซ้ำลดลง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยภายในที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เช่น ระยะเวลาการใช้สารแอมเฟตามีน ที่พบว่า กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการใช้สารแอมเฟตามีนสั้นกว่ากลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการใช้สารแอมเฟตามีนอยู่ในช่วง 7-9 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 33.30) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการใช้สารแอมเฟตามีนมากกว่า 12 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 25) ประกอบกับกลุ่มควบคุมว่างงานถึงร้อยละ 37.50 และมีรายได้ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 62.50 ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ลดปริมาณการเสพยาแอมเฟตามีนลงได้บ้าง ดังนั้น ในระยะหลังการทดลอง (หลังการจำหน่าย 3 เดือน) กลุ่มควบคุมจึงมีพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของกุลนรี หาญพัฒนชัยกุล (2550) ที่พบว่า ระยะเวลาในการเสพยาและสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเคยบำบัดรักษาซ้ำ โดยกลุ่มที่เสพยาและสารเสพติดตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป มีโอกาสในการรับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มที่เสพยาและสารเสพติดน้อยกว่า 11 ปี ถึง 6.50 เท่า นอกจากนี้ ในระยะหลังการทดลอง (หลังการจำหน่าย 3 เดือน) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาค่อนข้างต่ำเมื่อสิ้นสุดการบำบัดทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการลดลงของทักษะการแก้ปัญหของผู้ป่วยมีผลต่อการเพิ่มโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรนำการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไปใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในรายที่พร้อมที่จะการแก้ปัญหา เพื่อช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยขั้นตอนการติดตามหลังการจำหน่ายควรใช้การโทรศัพท์หรือใช้ช่องทางอื่น เช่น ผ่านทางแอปพลิเคชัน เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามขั้นตอนการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง และสามารถสอบถามเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยได้ทันที ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้อย่างยั่งยืน

2.2 ควรมีการศึกษาโดยนำการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไปใช้กับผู้ติดสารเสพติดชนิดอื่นหรือผู้ติดสุราที่พร้อมที่จะการแก้ปัญหา โดยมีการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพผู้รับการบำบัด

เอกสารอ้างอิง

กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล. (2550). *การศึกษาเรื่องการติดยาและสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถานธัญญารักษ์ และศูนย์บำบัดยาเสพติดส่วนภูมิภาค 4 ศูนย์* (รายงานผลการวิจัย). ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น.

นาวัน แพทยานันท์, และอ้อทิพย์ ราษฎร์นิม. (2554). การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ในการรับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ณ สถานธัญญารักษ์. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 18(1), 8–20.

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, และคณะ. (2555). *แบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test–Amphetamine-type stimulants [ASSIST-ATS])* [แผ่นพับ]. ม.ป.ท.

ภัทรรินทร์ ชมภูคำ, สำเนา นิลบรรพ์, และสมพร สุวรรณมาโจ. (2555). การบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดของสถานธัญญารักษ์ ในช่วงเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2543–2553). *วารสารกรมการแพทย์*, 37(2), 90–99.

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2563). สถิติรายงานจำนวนผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีพฤติกรรมเสพยาและกลับเข้ารับการรักษา ปี พ.ศ. 2563. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

เลขที่การสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2562). *ป.ป.ส.จับมือ 14 หน่วยงานเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วยทางจิตจากการเสพยา*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29564>

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2564). สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาบ้าซ้ำ ปีงบประมาณ 2564. สืบค้นจาก http://www.pmnidat.go.th/thai/Index.php?option=com_content&task=view&id=3469&Itemid=0

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ปีงบประมาณ 2564. สืบค้นจาก <https://www.oncb.go.th/EBookLibrary/annual%20report%202564.pdf>

- สุจิตตา ฤทธิมนตรี, และกฤตยา แสงเจริญ. (2554). พฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ใช้ยาบ้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 48–56.
- สุทธิชัย ศิรินวล, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 39–45.
- สุวดี ศรีวิเศษ, วาณี หัตถพนม, สายชล ยุกตพันธ์, สโรชา บางแสน, และอิงกญา โคตนารา. (2556). กลุ่มบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รายงานผลการวิจัย). โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). The influence of social problem-solving ability on the relationship between daily stress and adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 439–448. doi:10.1007/s10608-009-9256-8
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1982). Social problem solving in adults. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (pp. 201–274). New York: Academic Press.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 197–225). New York: Guilford Press.
- Jones, H. W., Dean, A. C., Price, K. A., & London, E. D. (2016). Increased self-reported impulsivity in methamphetamine users maintaining drug abstinence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(5), 500–506. doi:10.1080/00952990.2016.1192639
- Kronenberg, L. M., Goossens, P. J., van Busschbach, J., van Achterberg, T., & van den Brink, W. (2015). Coping styles in substance use disorder (SUD) patients with and without co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *BMC Psychiatry*, 15, 159. doi:10.1186/s12888-015-0530-x
- Marshall, B. D. L., & Werb, D. (2010). Health outcomes associated with methamphetamine use among young people: A systematic review. *Addiction*, 105(6), 991–1002. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02932.x
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (Eds.). (2007). *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions*. Oxford University Press.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Thrash-Williams, B., Karuppagounder, S. S., Bhattacharya, D., Ahuja, M., Suppiramaniam, V. , & Dhanasekaran, M. (2016). Methamphetamine-induced dopaminergic toxicity prevented owing to the neuroprotective effects of salicylic acid. *Life Sciences*, 154, 24–29. doi:10.1016/j.lfs.2016.02.072
- Tuliao, A. P., & Liwag, M. E. C. D. (2011). Predictors of relapse in Filipino male methamphetamine users: A mixed methods approach. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 10(2), 162–179. doi:10.1080/15332640.2011.573319
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). *World drug report 2021*. Retrieved from https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_4.pdf
-

ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง **Outcomes of the Use of an Evidence-based Multidisciplinary Breast Cancer Care Pathway in Patients with Modified Radical Mastectomy**

วิภาศิริ นราพงษ์, Ph.D. (Nursing) ¹

Wipasiri Naraphong, Ph.D. (Nursing) ¹

จิรวรรณ ศรีธนะชัยวงศ์, พย.บ. ²

Jerawan Srithanachaiwong, B.N.S. ²

Received: February 14, 2022

Revised: May 1, 2022

Accepted: June 7, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 48 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง พร้อมแบบบันทึกการดำเนินกิจกรรม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด มีความเชื่อมั่น .63 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563 ถึงเดือนตุลาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และ paired *t*-test

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: wipasiri@bcns.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสระบุรี

² Registered Nurse, Saraburi Hospital

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลองใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง (ในวันจำหน่ายกลับบ้าน) ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด สูงกว่าก่อนการทดลองใช้แนวทางการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.812, p < .001$) 2) ในวันจำหน่ายกลับบ้าน และในระยะ 1 เดือน หลังการทดลองใช้ ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งหมดไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และ 3) ในระยะ 6 เดือน หลังการทดลองใช้ ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งหมดไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะข้อไหล่ติด และภาวะแขนบวมหลังการผ่าตัด แต่มีภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 12.50

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลงไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม แนวทางการดูแล สหสาขาวิชาชีพ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
การผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the outcomes of the use of an evidence-based multidisciplinary breast cancer care pathway in patients with modified radical mastectomy. The participants were 48 patients with modified radical mastectomy at Saraburi Hospital. The research instruments included the evidence-based multidisciplinary breast cancer care pathway in patients with modified radical mastectomy and daily records of activities, the demographic questionnaire, and the knowledge for breast cancer and self-care after surgery test with reliability as .63. The implementation and data collection were conducted from July, 2020 to October, 2021. Data were analyzed by frequency, percentage, and paired *t*-test.

The research results revealed that 1) after the implementation (at the day of discharge), patients with modified radical mastectomy had statistically significantly higher mean score of knowledge for breast cancer and self-care after surgery than that of before the implementation ($t = 24.812, p < .001$); 2) at the day of discharge and the 1-month follow-up period, all patients with modified radical mastectomy did not have post-operative wound infection; and 3) at the 6-month follow-up period, all patients with modified radical mastectomy did not have post-operative wound infection, shoulder stiffness, and arm lymphedema; however, 12.50% of them had seroma formation.

This research suggests that healthcare executives should encourage the implementation of the evidence-based multidisciplinary breast cancer care pathway in patients with modified radical mastectomy for continuous care of patients with modified radical mastectomy in order to increase the quality of care of breast cancer patients.

Keywords: Breast cancer, Care pathway, Multidisciplinary, Evidence-based practice, Modified radical mastectomy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้หญิงทั่วโลก ประมาณการอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมปรับมาตรฐานอายุ (age-standardized rate [ASRI]) ทั่วโลก เท่ากับ 55.90 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายเท่ากับ 13 ต่อแสนประชากร (Sung et al., 2021) ปัจจุบัน อุบัติการณ์มะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นในผู้หญิงไทย โดยพบมากในกลุ่มอายุ 30–70 ปี จากสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยพบว่า มะเร็งเต้านมมีอัตราการเกิดถึงร้อยละ 40.80 นับเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และมะเร็งเต้านมเป็น 1 ใน 3 สาเหตุการตายของประชากรทั้งประเทศ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การให้รังสีรักษา การรักษาด้วยฮอร์โมน และการให้ยารักษาพุ่งเป้า (targeted therapy) การผ่าตัดมะเร็งเต้านมเป็นการรักษาหลักของโรค โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1–3 ต้องได้รับการผ่าตัดชนิดถอนรากแบบดัดแปลง (modified radical mastectomy [MRM]) ซึ่งเป็นการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้าและเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออก ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ เช่น มีเลือดหรือซีสัมคั่งอยู่ใต้แผล (hematoma/ seroma) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (infection) ภาวะแขนบวมจากน้ำเหลืองคั่ง (arm lymphedema) ภาวะข้อไหล่ติด (shoulder stiffness) การชา (numbness) รวมถึงการเสียภาพลักษณ์จากการเสียสมดุลของทรงอก ทั้งนี้ หลังจากผู้ป่วยรับทราบผลขึ้นเนื่องจากการผ่าตัด แพทย์จะร่วมกับผู้ป่วย

ในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป (จินตนา กิ่งแก้ว, 2560; มลฤดี เกษเพชร และ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2560)

การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมให้มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องอาศัยหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ความเข้าใจด้านพยาธิสภาพของโรคและการรักษา การประเมินปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้ครอบคลุม ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่าย ซึ่งจุดเน้นที่สำคัญของการผ่าตัดชนิดนี้ คือ การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งในขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านแล้ว เพื่อรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านม เช่น งานวิจัยที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มุ่งผลลัพธ์ที่การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด ซึ่งยังไม่ได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปใช้จริง (เพียงฤทัย ไรจน์ศรีวิน, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และวรรณ สัตยวิวัฒน์, 2551) งานวิจัยที่พัฒนาแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง (อรุณศรี ชัยทองสกุล, 2558) งานวิจัยที่ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมต่อผลลัพธ์ด้านบุคลากรพยาบาล และผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้และ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในระดับมาก และมีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในระดับปานกลาง (หนึ่งฤทัย อุดเณิน, ธนพร โตสงวนรุ่งเรือง, ลัดดาวัลย์ ศรีแสนตอ, ชีพาคม ภาภัทราดล, และธมลวรรณ ยอดกลกิจ, 2563) แม้ว่าผลการวิจัยดังกล่าวจะแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ทางบวก แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนและเป็นเพียงการมุ่งเน้นการปฏิบัติในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการดูแล (care pathways/ care map/ clinical pathways) เป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แนวคิดที่สำคัญของแนวทางการดูแลคือการเป็นแผนการดูแลที่ระบุเป้าหมายที่ชัดเจนและองค์ประกอบสำคัญของการดูแลตามหลักฐาน (evidence) สู่การปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันและการจัดระบบการดูแลตามบทบาทและลำดับกิจกรรมที่มีการร่วมมือกันและประสานงานกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยที่กำหนดไว้ โดยมีการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การบันทึกเอกสาร การเฝ้าติดตาม และการประเมินผลลัพธ์ (Schrijvers, van Hoorn, & Huiskes, 2012) นอกจากนี้แนวทางการดูแลจะเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ใช้เป็นแผนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (structured multidisciplinary care plan) เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเวลาที่กำหนดแล้ว ลักษณะเฉพาะอย่างหนึ่งของแนวทางการดูแล คือ การนำแนวปฏิบัติต่าง ๆ หรือหลักฐานต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติข้างเตียงผู้ป่วยสำหรับวิชาชีพสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (Busse, Klazinga, Panteli, & Quentin, 2019; Campbell, Hotchkiss, Bradshaw, & Porteous, 1998; Kinsman, Rotter, James, Snow, & Willis, 2010) ซึ่งการพัฒนาแนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีประสิทธิภาพ (Brice et al., 2021) ดังงานวิจัยในต่างประเทศที่ใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งผลการวิจัยบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น ระดับความวิตกกังวลลดลง และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น (Santoso, Iau, Lim, Koh, & Pang, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าแนวทางการดูแลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตามเวลา รวมทั้งลดค่ารักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (van Hoeve, de Munck, Otter, de Vries, & Siesling, 2014)

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็ง (hospital-based cancer registry) ของโรงพยาบาลสระบุรี พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา มีสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34 ของผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่เข้ารับการรักษา และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิงรายใหม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดชนิดถอนรากแบบดัดแปลงคิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสระบุรี, 2561) ซึ่งหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสระบุรี เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และส่งต่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิต (survival rate) ทั้งนี้มีตัวชี้วัดคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายในระยะเวลาที่กำหนดของเขตบริการสุขภาพ (service plan) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับการรายงานผลชิ้นเนื้อภายใน 2 สัปดาห์หลังทำการหัตถการ 2) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์หลังวินิจฉัย 3) ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด และ 4) ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงภายใน 6 สัปดาห์หลังให้ยาเคมีบำบัด โดยมีเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัดทุกตัวมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 จากรายงานตัวชี้วัดคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง สาขาศัลยกรรมปีงบประมาณ 2562 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับยาเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด ร้อยละ 63 และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการฉายแสงภายใน 6 สัปดาห์หลังให้ยาเคมีบำบัด ร้อยละ 62 ซึ่งยังไม่บรรลุเกณฑ์

เป้าหมายของตัวชี้วัด นอกจากนี้นักวิจัยยังมีการประกันคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดชนิดถอนรากแบบดัดแปลงและเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ 1) ในระยะ 1 เดือน การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดน้อยกว่าร้อยละ 5 และ 2) ในระยะ 6 เดือน ภาวะข้อไหล่ติดน้อยกว่าร้อยละ 5 ภาวะแขนบวมหลังการผ่าตัดน้อยกว่าร้อยละ 5 และภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดน้อยกว่าร้อยละ 20 ซึ่งพบว่ามี การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 2 และภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 12.50

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยที่มีพยาบาลผู้จัดการรายการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้าร่วมในการวิจัย และเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลสระบุรี จึงเห็นความจำเป็นที่ควรอาศัยแนวทางการดูแลมาเป็นวิธีการหนึ่งของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement [CQI]) ทั้งนี้ โรงพยาบาลสระบุรีมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลงที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งพบว่าแนวทางการดูแลที่ใช้อยู่ยังไม่ครอบคลุมการจัดระบบการดูแลตามบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายการผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และลำดับกิจกรรมที่มีการร่วมมือกันและประสานงานกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ พร้อมทั้งตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับปรุงแนวทางการดูแลให้มีคุณภาพมากขึ้นโดยอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง (Breast Cancer Care Pathway [BCCP]) ตามแนวคิดของ Soukup (2000) เพื่อให้แนวทางการดูแลมีความชัดเจน และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง และให้บรรลุตัวชี้วัดคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์หลังการทดลองใช้แนวทาง

การดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะข้อไหล่ติด ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด และภาวะแขนบวมหลังการผ่าตัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลงมาก่อน โดยใช้แนวคิดของ Soukup (2000) เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแล ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase) ได้มาจากการปฏิบัติงานและแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน 2) ระยะการสืบค้นหาลักษณะหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (evidence-supported phase) 3) ระยะการนำไปทดลองใช้ (evidence-observed phase) และ 4) ระยะการนำแนวทางการดูแลหรือแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปผสมผสานในการปฏิบัติงาน (evidence-based phase) โดยการวิจัยครั้งนี้อยู่ในระยะที่ 3 ของการพัฒนา อันเป็นการนำแนวทางการดูแลมาประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการทดลองใช้ (pilot test) ซึ่งมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ผู้ป่วย (patient-centered care) โดยเฉพาะความปลอดภัย (safety) และความเป็นประโยชน์ (helpfulness)

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยหญิงหรือชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ที่มีแผนการรักษาให้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสระบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสาร

ภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ มีการเจ็บป่วยทางจิต อย่างรุนแรงหรือกำลังมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่นๆ และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตาม หลักการของงานวิจัยที่ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical parameters) ในระยะการทดลองใช้ (pilot study/ feasibility study) ที่ระบุว่า ขนาดตัวอย่างที่มีมาตรฐาน อยู่ในช่วง 30–36 คนต่อกลุ่ม มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ในการวิจัยระยะต่อไป (Billingham, Whitehead, & Julious, 2013; Lewis et al., 2021) ดังนั้น ผู้วิจัยจึง ประเมินการจากสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแผนการรักษา ให้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดนอนรากแบบดัดแปลง ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า โดยเฉลี่ยจะมีผู้ป่วยอย่างน้อย เดือนละ 8 คน และการวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเก็บรวบรวม ข้อมูล 6 เดือน จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 48 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิด นอนรากแบบดัดแปลง และแบบบันทึกการดำเนิน กิจกรรม 14 วัน ผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวทางการดูแลที่ มีอยู่ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วย พยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจคัดกรองทั่วไป พยาบาล ประจำและพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (nurse case manager) ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง พยาบาลห้องผ่าตัด (scrub nurse) นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร ร่วมกันปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดนอนรากแบบดัดแปลง

ซึ่งผู้วิจัยสืบค้นและสังเคราะห์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับวิธีการพยาบาลและ/หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มะเร็งเต้านมชนิดนอนรากแบบดัดแปลง ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และจำหน่ายกลับบ้าน ที่มีการวัด ผลลัพธ์ ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะข้อไหล่ติด ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด และภาวะแขนบวมหลัง การผ่าตัด ในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น ระบบ (systematic review) จำนวน 5 เรื่อง (De Groef et al., 2015; Kuroi et al., 2006; Loh & Musa, 2015; McNeely et al., 2010; Ribeiro et al., 2019) การวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trial [RCT]) จำนวน 2 เรื่อง (Cho et al., 2012; Torres Lacomba et al., 2010) และการวิจัยที่ไม่ใช่เชิงทดลอง (non-experimental study) จำนวน 2 เรื่อง (Dixon, Elder, & McLaughlin, 2018; Pan, Huan, & Qin, 2015) รวมทั้งแนวทางการรักษามะเร็งเต้านมในประเทศไทย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2560) ดังนั้น องค์ประกอบหลักของแนวทางการดูแลในการวิจัยครั้งนี้ จึงประกอบด้วย การให้คำปรึกษา การเยี่ยม กระบวนการ ดูแลเกี่ยวกับการรักษา การประเมินผลผู้ป่วย และ การวางแผนจำหน่ายตลอดระยะเวลา 14 วันที่รับ การรักษาในโรงพยาบาล โดยแนวทางการดูแลคำนึงถึง การลำดับกิจกรรม กิจกรรมหลักภายในขอบเขตที่แต่ละ สาขาวิชาชีพปฏิบัติได้ และระยะเวลาการปฏิบัติของทีม สหสาขาวิชาชีพ ดังแสดงในตารางที่ 1 ทั้งนี้ ระหว่าง การทดลองใช้แนวทางการดูแล ผู้วิจัยที่เป็นพยาบาล ผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทำหน้าที่ประสานงาน กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแล และหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ

ตารางที่ 1 กิจกรรมหลักและระยะเวลาการปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามแนวทางการดูแลร่วมกับ
สหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนราก
แบบดัดแปลง

สถานที่ / สหสาขาวิชาชีพ	กิจกรรมหลัก	ระยะเวลาการปฏิบัติ
แผนกผู้ป่วยนอก: หน่วยตรวจคัดสรรกรรมทั่วไป		
พยาบาล	- การให้คำปรึกษาก่อนผ่าตัด - การส่งต่อการเข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาลและ การประเมินองศาการเคลื่อนไหวของแขนและไหล่	วันที่ 1 ก่อนผ่าตัด
นักกายภาพบำบัด	- การวัดองศาการเคลื่อนไหวของแขนและไหล่ - การสอนบริหารการเคลื่อนไหวของแขนและไหล่	วันที่ 1 ก่อนผ่าตัด (baseline assessment)
แผนกผู้ป่วยใน: หอผู้ป่วยคัดสรรกรรมหญิง และห้องผ่าตัด		
พยาบาลประจำ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	- การประเมินความเครียด การรับรู้ข้อมูล เรื่องโรคและการผ่าตัด - การสอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ก่อนและหลังการผ่าตัด การจัดการความเจ็บปวด หลังการผ่าตัด การดูแลบาดแผลและท่อระบาย และข้อห้ามหรือข้อควรระวังเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด - การดูแลหลังผ่าตัด ได้แก่ การดูแลบาดแผล และท่อระบาย การติดตามประเมินผลการบริหาร การเคลื่อนไหวของแขนและไหล่	- วันที่ 1 ก่อนผ่าตัด - วันที่ 1 ก่อนผ่าตัด - วันที่ 1 หลังผ่าตัด จนถึงวันที่ 14 จำหน่ายกลับบ้าน
พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	- การเยี่ยมชมติดตาม การตรวจสอบการลงบันทึก กิจกรรมตามแนวทางการดูแล - การส่งต่อและประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ - การให้คำแนะนำและปรึกษาแก้ไขปัญหา หลังการจำหน่ายกลับบ้านทางโทรศัพท์	วันที่ 1 ก่อนผ่าตัด จนถึงวันที่ 14 จำหน่ายกลับบ้าน
พยาบาลห้องผ่าตัด	- การให้คำแนะนำในการเตรียมความพร้อมด้าน ร่างกายและจิตใจ และแจ้งขั้นตอนในห้องผ่าตัด - การให้คำแนะนำระหว่างรอการผ่าตัด ที่ห้องผ่าตัด	- วันที่ 1 ก่อนผ่าตัด - วันที่ผ่าตัด

ตารางที่ 1 กิจกรรมหลักและระยะเวลาการปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามแนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง (ต่อ)

สถานที่ / สหสาขาวิชาชีพ	กิจกรรมหลัก	ระยะเวลาการปฏิบัติ
นักกายภาพบำบัด	- การฝึกบริหารการเคลื่อนไหวของแขนและไหล่ - การวัดองศาการเคลื่อนไหวของแขนและไหล่ - การแจ้งผลการประเมินการทำหน้าที่ของข้อไหล่	วันที่ 1 หลังผ่าตัด จนถึงวันที่ 14 จำหน่ายกลับบ้าน (post assessment)
นักโภชนาการ	การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง	วันที่ 1 ก่อนผ่าตัด
เภสัชกร	การให้คำปรึกษาตามแผนการรักษา ได้แก่ การเตรียมรับยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดภายใน 6 สัปดาห์ และ/หรือฮอร์โมนบำบัด	วันที่ 1 ก่อนผ่าตัด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล เต้านมข้างที่เป็นมะเร็ง และระยะของโรค จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด เป็นแบบทดสอบที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลสระบุรี ได้สร้างไว้ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมฯ น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมฯ มาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง และแบบบันทึกการดำเนินกิจกรรม 14 วัน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย ศัลยแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแผนการรักษาให้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 5 คน โดยผู้วิจัยประเมินผลร่วมกับนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม (2 คน)

และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .83 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ ทั้งนี้ แบบทดสอบนี้ เสนอไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแผนการรักษาให้ รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดนอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสระบุรี ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .60 และหาค่าความเชื่อมั่น ซ้ำจากกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 48 คน) ได้ค่าเท่ากับ .63

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ EC028/2563 วันที่ 2 กรกฎาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการ วิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง และหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ ได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร ชี้แจง การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มะเร็งเต้านมชนิดนอนรากแบบดัดแปลง (BCCP) ฝึก การใช้แบบบันทึกการดำเนินกิจกรรม 14 วัน และการลง บันทึกผลตามระยะเวลาการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในแนวทาง การดูแล โดยใช้เวลา 15-20 นาที

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม

หลังจากการนัดมานอนในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดมะเร็ง เต้านมชนิดนอนรากแบบดัดแปลง (วันที่ 1 ก่อนการผ่าตัด) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตาม ข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง เต้านมและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที

4. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง การเข้าร่วมแนวทางการดูแล พร้อมกิจกรรมและระยะ เวลาที่ใช้ในแต่ละวัน คือ วันละ 15-20 นาที ตั้งแต่วัน ก่อนการผ่าตัดจนกระทั่งหลังการผ่าตัด 14 วัน ได้แก่ การให้ความรู้ตามแนวทางการดูแล ที่เตียงผู้ป่วย และ การฝึกปฏิบัติเรื่องกิจกรรมการดูแลตนเอง การฝึก การหายใจ การลุกจากเตียงโดยเร็วหลังการผ่าตัด (early postoperative ambulation) การบริหารการเคลื่อนไหว ของแขนและไหล่ การวัดองศาการเคลื่อนไหวของแขน และไหล่ก่อนและหลังการผ่าตัด การติดตามท่อระบาย น้ำเหลืองและบาดแผล และการสังเกตภาวะแทรกซ้อน

5. ในวันจำหน่ายกลับบ้าน (14 วัน หลัง การทดลองใช้แนวทางการดูแล) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการดูแล ตนเองหลังการผ่าตัด หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที รวมทั้งประเมินการติดเชื้อที่ แผลผ่าตัดก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน สอบถามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้เบอร์ โทรศัพท์ติดต่อกลับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วย มะเร็งเต้านม กรณีมีข้อสงสัยหรืออาการผิดปกติที่ต้องการ คำแนะนำและปรึกษาแก้ไขปัญหาลงหลังการจำหน่าย กลับบ้าน

6. ผู้วิจัยติดตามประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด การนำแนวทางการดูแลไปใช้ โดยในระยะ 1 เดือน หลัง การทดลองใช้ คือ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และในระยะ 6 เดือน หลังการทดลองใช้ คือ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะข้อไหล่ติด ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด และ ภาวะแขนบวมหลังการผ่าตัด จากการลงบันทึกของ

ศัลยแพทย์ในระบบเวชระเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจศัลยกรรมทั่วไป

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563 ถึงเดือนตุลาคม 2564 (ในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ไม่สามารถดำเนินการได้ จึงแจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอขยายเวลาดำเนินการ)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดระหว่างก่อนกับหลังการทดลองใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนข้อมูลผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดการนำแนวทางการดูแลไปใช้ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 33-81 ปี

โดยมีอายุเฉลี่ย 55.43 ปี ($SD = 10.80$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 85 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 62 เป็นมะเร็งเต้านมข้างซ้าย คิดเป็นร้อยละ 64 และระยะของโรคลงอยู่ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50

2. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง พบว่า หลังการทดลองใช้แนวทางการดูแล (ในวันจำหน่ายกลับบ้าน) ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม สูงกว่าก่อนการทดลองใช้แนวทางการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.812, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง

ช่วงเวลา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลองใช้ ($n = 48$)	5.21	1.09	24.812	< .001
หลังการทดลองใช้ ($n = 48$)	9.15	.41		

3. ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดการนำแนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบ

ดัดแปลงไปใช้ พบว่า ในวันจำหน่ายกลับบ้าน (14 วัน หลังการทดลองใช้) และในระยะ 1 เดือน หลังการทดลองใช้ ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งหมดไม่มีการติดเชื้อที่

แผลผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนในระยะ 6 เดือน หลังการทดลองใช้ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ทั้งหมดไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะข้อไหล่ติด

และภาวะแขนบวมหลังการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 100 แต่มีภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 12.50 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดการนำแนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดนอนรากแบบดัดแปลงไปใช้

ตัวชี้วัด	วันจำหน่ายกลับบ้าน (14 วัน หลังการทดลองใช้)		ในระยะ 1 เดือน หลังการทดลองใช้		ในระยะ 6 เดือน หลังการทดลองใช้	
	เกิด	ไม่เกิด	เกิด	ไม่เกิด	เกิด	ไม่เกิด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	0 (0)	48 (100)	0 (0)	48 (100)	0 (0)	48 (100)
ภาวะข้อไหล่ติด	-	-	-	-	0 (0)	48 (100)
ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด	-	-	-	-	6 (12.50)	42 (87.50)
ภาวะแขนบวมหลังการผ่าตัด	-	-	-	-	0 (0)	48 (100)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดนอนรากแบบดัดแปลง ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด สูงกว่าก่อนการทดลองใช้แนวทางการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากตามแนวทางการดูแล พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพมีการสอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 1 ก่อนการผ่าตัด เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะ การสอนก่อนการผ่าตัด (preoperative education) เป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัด กระบวนการฟื้นฟู หลังการผ่าตัด และได้รับการประทับประคองทางจิตใจ

ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ลดจำนวนวันนอน ในโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (Cho et al., 2012; Kruzik, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ibrahim et al. (2018) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการสอนจากทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนการผ่าตัด มะเร็งเต้านม มีระดับความรู้เพิ่มขึ้น และมีระดับความวิตกกังวลลดลง อย่างไรก็ตาม จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีข้อคำถาม 1 ข้อ ที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง มากที่สุด (ร้อยละ 39.58) คือ “มะเร็งเต้านมมักตรวจพบเมื่อมีก้อนที่เต้านม มีน้ำเหลืองหรือเลือดออกทางหัวนม” สอดคล้องกับการศึกษาของสุรกิจ พรชัย, นิตยา เพ็ญศิริินภา, และพาณิ สัตตะกลิน (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมถึงร้อยละ 50 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Prusty et al. (2020) ที่พบว่า ผู้หญิงมีความรู้เกี่ยวกับอาการและการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม โดยผู้หญิงร้อยละ 74.80 รู้ว่าการมีก้อนที่เต้านมเป็นอาการของโรคมะเร็งเต้านม ในขณะที่ผู้หญิงมากกว่า

ร้อยละ 50 ไม่รู้ว่าการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและขนาดเต้านม การมีสิ่งกีดขวางที่ผิดปกติและเลือดออกจากหัวนม เป็นอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม

ผลการวิจัยพบว่า ในวันจำหน่ายกลับบ้าน รวมทั้ง ในระยะ 1 เดือน และในระยะ 6 เดือน หลังการทดลองใช้ แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิด ดอนรากแบบดัดแปลง สามารถยืนยันถึงผลลัพธ์ที่ดีต่อ ตัวผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งหมดที่มีการใช้ แนวทางการดูแล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อ ที่แผลผ่าตัด ภาวะข้อไหล่ติด และภาวะแขนบวมหลัง การผ่าตัด และการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็ง เต้านมได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจาก แนวทางการดูแลมีการปฏิบัติที่เป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลประจำที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยให้ความสำคัญ กับการเฝ้าระวังและการติดตามภาวะแทรกซ้อน รวมทั้ง ยังมีพยาบาลผู้จัดการรายการเคมีะเร็งเต้านมในการดูแล ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การมีสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ มาร่วมดูแลทำให้เพิ่มคุณภาพการดูแล โดยการป้องกัน และลดผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น การฝึกอบรม การเคลื่อนไหวของแขนและไหล่ การวัดองศาการเคลื่อนไหว ของแขนและไหล่ การแจ้งผลการประเมินการทำหน้าที่ ของข้อไหล่จากนักกายภาพบำบัด สอดคล้องกับการศึกษา ของ van Hoeve et al. (2014) ที่พบว่า ในการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยใช้แนวทางการดูแลร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพการดูแล อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับยาเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษาภายใน 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด จาก ผลการวิจัยครั้งนี้จึงยืนยันถึงผลลัพธ์การดูแลที่ดีจาก การใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ชนิดดอนรากแบบดัดแปลง

อย่างไรก็ตาม ในระยะ 6 เดือน หลังการทดลองใช้

แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิด ดอนรากแบบดัดแปลง ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีภาวะ ของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดร้อยละ 12.50 ซึ่งทฤษฎีการเกิด ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดยังไม่สามารถสรุปได้ ชัดเจน (Srivastava, Basu, & Shukla, 2012) จาก การศึกษาของธวัช อิงศิริรัตน์ และสิทธิ ธารวรินทร์ (2564) พบว่า ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัดยังคงเป็นภาวะ แทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิด ดอนรากแบบดัดแปลง ร้อยละ 22.77 และพบว่า ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด คือ การมีปริมาณของเหลวที่ออกหลัง 48 ชั่วโมงแรก หลังการผ่าตัด มากกว่า 200 มิลลิลิตร นอกจากนี้ยังม ีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้ แผลผ่าตัด พบว่ามีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ อายุ มากกว่า 45 ปี ขนาดของก้อนมากกว่า 3 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม² จำนวนต่อมน้ำเหลือง ที่มีผลบวก จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่ถูกตัดออก และชนิด การผ่าตัด (Suresh, Sachin, Naidu, & Gopalkrishna, 2018) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้นำปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มา เป็นตัวแปรในการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดจากผลลัพธ์ที่เกิด จากการทดลองใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มะเร็งเต้านมชนิดดอนรากแบบดัดแปลง ยังไม่บรรลุด ทุกตัวชี้วัด แต่หากผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมให้มี การนำแนวทางการดูแลนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่อง จะเป็นการเพิ่มคุณภาพ การดูแลที่เน้นผลลัพธ์ต่อตัวผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาซ้ำโดยการพัฒนาและ ออกแบบแนวทางการดูแลเพิ่มเติมในเรื่อง การจัดการ

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้
แผลผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยควรร่วมกันพิจารณาถึงการประเมิน
ปัจจัยเสี่ยง และผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะ
แทรกซ้อนและแผนการรักษา เพื่อให้ภาวะดังกล่าวหาย
ได้เร็วขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาผลลัพธ์อื่นๆ เพื่อทดสอบ
ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลร่วมกับสหสาขา
วิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด
มะเร็งเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง เช่น คุณภาพ
ชีวิต อัตราการรอดชีวิต ต้นทุนการรักษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข. (2562). *สถิติสุขภาพเชิงประเด็น*.
สืบค้นจาก <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/topic/index.php?t=02&m=01>
- จินตนา กิ่งแก้ว. (2560). มะเร็งเต้านมกับการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. *วารสารโรคมะเร็ง*,
37(4), 163–170.
- รัช อิงศิริรัตน์, และสิทธิ ธารวีน. (2564). ปัจจัยเสี่ยงต่อ
การเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด (Seroma)
ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธี Modified
Radical Mastectomy. *ศรีนครินทร์เวชสาร*,
36(4), 382–388.
- เพียงฤทัย โรจน์ชีวิน, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, และ
วรรณิ์ สัตยวิวัฒน์. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด. *วารสารสภา
การพยาบาล*, 23(4), 26–40.
- มฤดี เกษเพชร, และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2560).
การป้องกันและการจัดการภาวะแขนบวมจาก
น้ำเหลืองคั่งในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม: บทบาทพยาบาล.
รวมาริบดีพยาบาลสาร, 23(1), 1–10.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2560). *แนวทาง
การตรวจคัดกรองวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง
เต้านม*. กรุงเทพฯ: โฉมิตการพิมพ์.

สุรกิจ พรชัย, นิตยา เพ็ญศิริณภา, และพาณีย์ สัตตะกลิน.
(2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารมาพบ
แพทย์เร็วของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมที่มารมาตรวจ
ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี. *วารสาร
ความปลอดภัยและสุขภาพ*, 12(2), 14–23.

หนึ่งฤทัย อุดเถิน, ธนพร โตสงวนรุ่งเรือง, ลัดดาวัลย์
ศรีแสนตอ, ชีพาคม ภาภัทราดล, และธมลวรรณ
ยอดกลกิจ. (2563). การพัฒนาและประเมินผล
การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
เต้านม. *วารสารการพยาบาล*, 22(2), 91–104.

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสระบุรี. (2561).
สถิติหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ปี 2561. สระบุรี:
ผู้แต่ง.

อรุณศรี ชัยทองสกุล. (2558). ผลการให้ข้อมูลตาม
แนวทางการปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อ
ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับ
การผ่าตัดในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลา. *วารสาร
เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข
ภาคใต้*, 2(2), 29–40.

Billingham, S. A. M., Whitehead, A. L., & Julious,
S. A. (2013). An audit of sample sizes for
pilot and feasibility trials being undertaken
in the United Kingdom registered in the
United Kingdom Clinical Research Network
database. *BMC Medical Research Methodology*,
13, 104. doi:10.1186/1471-2288-13-104

- Brice, S. N., Harper, P., Crosby, T., Gartner, D., Arruda, E., England, T., ... Foley, K. (2021). Factors influencing the delivery of cancer pathways: A summary of the literature. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9), 121–139. doi: 10.1108/jhom-05-2020-0192
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549276/>
- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N., & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *British Medical Journal*, 316(7125), 133–137. doi:10.1136/bmj.316.7125.133
- Cho, H. S. M., Davis, G. C., Paek, J. E., Rao, R., Zhao, H., Xie, X. J., ... Leitch, M. (2012). A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7–8), 919–929. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04100.x
- De Groef, A., Van Kampen, M., Dieltjens, E., Christiaens, M. R., Neven, P., Geraerts, I., & Devoogdt, N. (2015). Effectiveness of postoperative physical therapy for upper-limb impairments after breast cancer treatment: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(6), 1140–1153. doi:10.1016/j.apmr.2015.01.006
- Dixon, J. M., Elder, K., & McLaughlin, S. (2018). Evidence-based advice for patients following axillary surgery. *Breast Cancer Management*, 7(3), BMT15. doi:10.2217/bmt-2018-0018
- Ibrahim, M., Lau, G. J., Smirnow, N., Buono, A. T., Cooke, A., Gartshore, K., ... Johnson, K. (2018). A multidisciplinary preoperative teaching session for women awaiting breast cancer surgery: A quality improvement initiative. *Rehabilitation Process and Outcome*, 7, 1–7. doi:10.1177/1179572718790937
- Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P., & Willis, J. (2010). What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine*, 8, 31. doi:10.1186/1741-7015-8-31
- Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN Journal*, 90(3), 381–387. doi:10.1016/j.aorn.2009.06.022
- Kuroi, K., Shimozuma, K., Taguchi, T., Imai, H., Yamashiro, H., Ohsumi, S., & Saito, S. (2006). Evidence-based risk factors for seroma formation in breast surgery. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 36(4), 197–206. doi:10.1093/jjco/hyl019
- Lewis, M., Bromley, K., Sutton, C. J., McCray, G., Myers, H. L., & Lancaster, G. A. (2021). Determining sample size for progression criteria for pragmatic pilot RCTs: The hypothesis test strikes back!. *Pilot and Feasibility Studies*, 7(1), 40. doi:10.1186/s40814-021-00770-x

- Loh, S. Y., & Musa, A. N. (2015). Methods to improve rehabilitation of patients following breast cancer surgery: A review of systematic reviews. *Breast Cancer*, 7, 81–98. doi:10.2147/BCTT.S47012
- McNeely, M. L., Campbell, K., Ospina, M., Rowe, B. H., Dabbs, K., Klassen, T. P., ... Courneya, K. (2010). Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD005211. doi:10.1002/14651858.CD005211.pub2
- Pan, X. F., Huan, J. L., & Qin, X. J. (2015). Potential risk factors for the development of seroma following mastectomy with axillary dissection. *Molecular and Clinical Oncology*, 3(1), 222–226. doi:10.3892/mco.2014.430
- Prusty, R. K., Begum, S., Patil, A., Naik, D. D., Pimple, S., & Mishra, G. (2020). Knowledge of symptoms and risk factors of breast cancer among women: A community based study in a low socio-economic area of Mumbai, India. *BMC Women's Health*, 20(1), 106. doi:10.1186/s12905-020-00967-x
- Ribeiro, I. L., Moreira, R. F. C., Ferrari, A. V., Albuquerque-Sendin, F., Camargo, P. R., & Salvini, T. F. (2019). Effectiveness of early rehabilitation on range of motion, muscle strength and arm function after breast cancer surgery: A systematic review of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 33(12), 1876–1886. doi:10.1177/0269215519873026
- Santoso, U., Iau, P. T., Lim, J., Koh, C. S., & Pang, Y. T. (2002). The mastectomy clinical pathway: What has it achieved?. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 31(4), 440–445.
- Schrijvers, G., van Hoorn, A., & Huiskes, N. (2012). The care pathway: Concepts and theories: An introduction. *International Journal of Integrated Care*, 12, 192. doi:10.5334/ijic.812
- Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *The Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301–309.
- Srivastava, V., Basu, S., & Shukla, V. K. (2012). Seroma formation after breast cancer surgery: What we have learned in the last two decades. *Journal of Breast Cancer*, 15(4), 373–380. doi:10.4048/jbc.2012.15.4.373
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. doi:10.3322/caac.21660

- Suresh, B. P., Sachin, H. G., Naidu, M., & Gopalkrishna, V. (2018). A study to evaluate the factors influencing seroma formation after breast cancer surgery at tertiary care centre. *International Surgery Journal*, 6(1), 278. doi:10.18203/2349-2902.isj.20185487
- Torres Lacomba, M., Yuste Sánchez, M. J., Zapico Goñi, A., Prieto Merino, D., Mayoral del Moral, O., Cerezo Téllez, E., & Minayo Mogollón, E. (2010). Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: Randomised, single blinded, clinical trial. *British Medical Journal*, 340, b5396. doi:10.1136/bmj.b5396
- van Hoeve, J., de Munck, L., Otter, R., de Vries, J., & Siesling, S. (2014). Quality improvement by implementing an integrated oncological care pathway for breast cancer patients. *The Breast*, 23(4), 364–370. doi:10.1016/j.breast.2014.01.008
-

รูปแบบการเรียนรู้และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษา หลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว* Learning Styles and Critical Thinking of Students in Nursing Diploma Program, the Lao People's Democratic Republic*

อิงคำ สีทราบ, พย.ม. (การบริหารทางการแพทย์) ¹

Eungkham Syhalath, M.N.S. (Nursing Administration) ¹

อภิรดี นันทสุวัฒน์, พย.ด. (การพยาบาล) ² เพชรสนธิ์ พังเจริญกุล, พย.ด. (การพยาบาล) ³

Apiradee Nantsupawat, Ph.D. (Nursing) ² Petsunee Thungjaroenkul, Ph.D. (Nursing) ³

Received: February 24, 2022 Revised: May 17, 2022 Accepted: May 29, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จำนวน 241 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล แบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ มีความเชื่อมั่น .85 และแบบสอบถามการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีความเชื่อมั่น .88 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: eungkham988@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ผลการวิจัยพบว่า 1) นักศึกษาพยาบาลมีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.25 2) นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 40.88$, $SD = 11.65$) และ 3) รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ แบบมีส่วนร่วม และแบบอิสระ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .135$, $p < .05$; $r_s = .171$, $p < .01$ และ $r_s = .179$, $p < .01$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลมีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ แบบมีส่วนร่วม หรือแบบอิสระ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

คำสำคัญ: รูปแบบการเรียนรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ นักศึกษาพยาบาล

สาธารณสุขประชากรปีไทยประชาชนลาว

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study learning styles, critical thinking, and the relationship between learning styles and critical thinking of nursing students. The samples consisted of 241 students in Nursing Diploma Program, the Lao People's Democratic Republic. The research instruments included a demographic data questionnaire, a learning style questionnaire with reliability as .85, and a critical thinking questionnaire with reliability as .88. Data were collected in May, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that 1) most of nursing students had a collaborative learning style (40.25%); 2) the total mean score of critical thinking of nursing students was at a moderate level ($M = 40.88$, $SD = 11.65$); and 3) collaborative, participatory, and independent learning styles were positively statistically significantly related to total critical thinking of nursing students ($r_s = .135$, $p < .05$; $r_s = .171$, $p < .01$; and $r_s = .179$, $p < .01$, respectively).

This research suggests that nursing instructors should encourage nursing students to have the collaborative, participatory, or independent learning style in order to enhance their critical thinking.

Keywords: Learning styles, Critical thinking, Nursing students, the Lao People's Democratic Republic

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพพยาบาลในปัจจุบันมีอุปสรรคที่เป็นความท้าทายหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ลักษณะงานที่มีความซับซ้อน ความต้องการบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งความคาดหวังจากผู้รับบริการ ผู้บังคับบัญชา และจากสภาวิชาชีพเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย (ยงยุทธ แก้วเต็ม, 2556) การศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์จึงต้องการพยาบาลที่สามารถคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาได้ รวมทั้งมีความคิดสร้างสรรค์ มีทักษะการติดต่อสื่อสารและมีความรู้ (วิภาดา คุณาวิทิตกุล, 2558) เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลเป็นกระบวนการแบบองค์รวม ต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ในการประยุกต์องค์ความรู้ เพื่อปฏิบัติต่อผู้รับบริการ (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และสายสมร เฉลยภิตติ, 2560) ซึ่งการที่จะทำให้วิชาชีพพยาบาลมีลักษณะดังกล่าวภาคการศึกษาจะต้องมีการจัดการเรียนรู้และส่งเสริมเพื่อพัฒนาให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ, 2561) ดังจะเห็นได้จากองค์การวิชาชีพทางการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศต่างตระหนักถึงความสำคัญของความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยมีการกำหนดให้การคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นสมรรถนะและคุณลักษณะหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งในเกณฑ์ประกันคุณภาพ ทั้งในด้านการจัดการศึกษาและการให้บริการทางการพยาบาล (American Association of Colleges of Nursing, 2008)

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ หมายถึง กระบวนการพิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลและมีเป้าหมาย สามารถกำกับได้ด้วยตนเอง โดยอาศัยข้อมูลต่างๆ ประสมการณืความเชื่อ ซึ่งผ่านความสามารถในการอนุมาน (inference) การยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) การนิรนัย (deduction) การตีความ (interpretation) และการประเมินข้อโต้แย้ง (evaluation of arguments) (Watson & Glaser, 1980) การคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล

เนื่องจากงานด้านการพยาบาลเป็นงานที่มีความซับซ้อนละเอียดอ่อน ต้องตอบสนองต่อความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ด้วยกระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นการให้การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Chan, 2013) ผ่านการรวบรวมข้อมูลต่างๆ อย่างหลากหลาย แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจในการดูแลผู้รับบริการให้เป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงจริยธรรมและความสอดคล้องกับสถานการณ์ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นทักษะการคิดขั้นสูงเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจทางคลินิก การคิดอย่างมีวิจารณญาณจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล (Papathanasiou, Kleisari, Fradelos, Kakou, & Kourkouta, 2014) หากพยาบาลขาดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จะทำให้การแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณในระดับปานกลาง (เนาวนิจ พึ่งจันทร์เดช และประภาพรรณ เปลียนแก้ว, 2559; รุ่งทิพย์ ไชยโยียงยงค์, เพ็ญมาศ คำชนะ, นุจรี สะค่อม, และจิรยา อินทนา, 2553; สุพิมล ขอผล และคณะ, 2562) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น รูปแบบการเรียนรู้ ซึ่งหมายถึงลักษณะนิสัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการรับรู้ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และความต้องการมีส่วนร่วมในประสบการณ์การเรียนรู้ต่างๆ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้ต่างๆ ของผู้เรียน จะช่วยให้ผู้สอนทราบรูปแบบการเรียนรู้ที่ผู้เรียนถนัด ช่วยให้เข้าใจว่าผู้เรียนมีการเรียนรู้ลักษณะใด ทำให้ทราบแนวทางในการส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งการส่งเสริมรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของผู้สอน จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลในต่างประเทศใช้รูปแบบการเรียนรู้

แบบแข่งขัน (Bruce & Chilemba, 2017) ส่วนในประเทศไทย นักศึกษาพยาบาลใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมากที่สุด (นวไล พิศชาติ, กัลยา เตชะเสถียร, ศิริภัทตรา จุฑามณี, และจินตนา ลีละไกรวรรณ, 2561; พรณิศา แสนบุญส่ง, 2560; พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และพรศรี ดิสเรตติวัตน์, 2558) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบทั้งการศึกษาที่แสดงความสัมพันธ์กันระหว่างรูปแบบการเรียนรู้กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (ปัทมกรณ อนุชน, 2552; Ghazivakili et al., 2014; Gyeong & Myung, 2008) และความไม่สัมพันธ์กันระหว่างรูปแบบการเรียนรู้กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Shirazi & Heidari, 2019)

การจัดการศึกษาทางการพยาบาลในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ประกอบด้วย 5 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (4 ปี) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อเนื่อง (2 ปี) หลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล (3 ปี) หลักสูตรอนุปริญญาพยาบาลต่อเนื่อง (1 ปี 6 เดือน) และหลักสูตรพยาบาลศาสตรเทคนิค (2 ปี) แต่ละหลักสูตรได้รับการรับรองจากกระทรวงศึกษาธิการ มีการกิจในการสร้างและพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ภายในปี ค.ศ. 2020 โดยนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการคิดวิเคราะห์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และมุ่งเน้นให้นักศึกษามีความรับผิดชอบ มีจริยธรรมวิชาชีพ มีสมรรถนะในการให้บริการ เพื่อประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และดูแลสุขภาพประชาชนอย่างทั่วถึง (กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว, 2556) ซึ่งลักษณะการจัดหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาลของสถาบันการศึกษาพยาบาลในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว แบ่งการจัดการเรียนการสอนออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้รับประสบการณ์ในการให้บริการ สร้างเสริมทักษะการคิดอย่างเป็นระบบ

อันนำไปสู่การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว, 2557)

จากลักษณะการจัดการศึกษาทางการพยาบาลในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวข้างต้น ยังไม่มีการศึกษาที่ประเมินรูปแบบการเรียนรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาล จึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการเรียนรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล เนื่องจากเป็นหลักสูตรที่มีจำนวนนักศึกษามากกว่าหลักสูตรทางการพยาบาลอื่นๆ ในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และกระจายอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอน ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตร เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนรู้และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

สมมติฐานการวิจัย

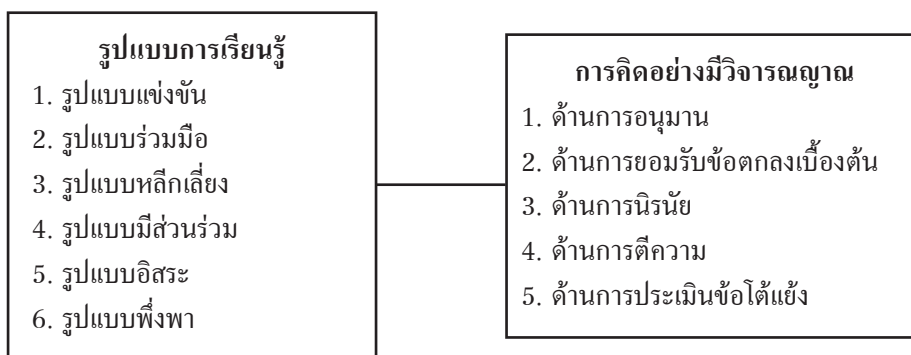
รูปแบบการเรียนรู้มีความสัมพันธ์กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบการเรียนรู้

ของ Grasha and Reichman (1975) ซึ่งกล่าวว่า รูปแบบการเรียนรู้เป็นลักษณะนิสัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการรับรู้ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และความต้องการมีส่วนร่วมในประสบการณ์การเรียนรู้ นั้นๆ ประกอบด้วย 6 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบแข่งขัน รูปแบบร่วมมือ รูปแบบหลีกเลี่ยง รูปแบบมีส่วนร่วม รูปแบบอิสระ และรูปแบบพึ่งพา และใช้แนวคิดการคิด

อย่างมีวิจารณญาณ ของ Watson and Glaser (1980) ซึ่งกล่าวว่า การคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยทัศนคติ ความรู้ และทักษะ โดยมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการอนุมาน ด้านการยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น ด้านการนิรนัย ด้านการตีความ และด้านการประเมินข้อโต้แย้ง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 413 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ กำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 3 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 201 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่เป็นแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit, 2010) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 241 คน เลือกพื้นที่ศึกษาจากสถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศ จำนวน 5 แห่ง

(จากจำนวน 8 แห่ง) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก จากนั้นสุ่มตัวอย่างในแต่ละสถาบันด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อนักศึกษา ตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ ผู้วิจัยแปลแบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ ของฟูลซุซ เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, และพรศรี ดิสรเตตวิรัตน์ (2558) เป็นภาษาลาว ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวผ่านการแปลและการแปลย้อนกลับมาจากแบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ ของ

Grasha and Reichman (1975) แบ่งออกเป็น 6 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบแข่งขัน รูปแบบร่วมมือ รูปแบบหลีกเลี่ยง รูปแบบมีส่วนร่วม รูปแบบอิสระ และรูปแบบพึ่งพา รูปแบบละ 10 ข้อ รวมจำนวน 60 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง สำหรับการแปลผลคะแนน จำนวนคะแนนเป็นค่าร้อยละในแต่ละรูปแบบการเรียนรู้ หากรูปแบบการเรียนรู้ใดมีค่าร้อยละสูงสุด ถือว่ามีความถนัดในรูปแบบการเรียนรู้

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยแปลแบบสอบถามการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกนกนุช ขำภักตร์, จินตนา ยูนิพันธุ์, และอรพรรณ ลีอนุชราชชัย (2539) เป็นภาษาลาว ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Watson and Glaser (1980) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการอนุมาน ด้านการยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น ด้านการนิรนัย ด้านการตีความ และด้านการประเมินข้อโต้แย้ง ด้านละ 16 ข้อ รวมจำนวน 80 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบหลายตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณในระดับต่ำ (0-27 คะแนน) ในระดับปานกลาง (28-65 คะแนน) และในระดับสูง (66-80 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้และแบบสอบถามการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่แปลเป็นภาษาลาว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาไทย-ลาว จำนวน 2 คน ทำการแปลย้อนกลับและพิจารณาความสอดคล้องของภาษาและวัฒนธรรม ซึ่งผู้เชี่ยวชาญไม่เคยเห็นเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับมาก่อน เพื่อลดอคติในการแปลย้อนกลับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .85 และรายรูปแบบมีความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .80-.89 ส่วนแบบสอบถามการคิดอย่างมีวิจารณญาณ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .88 และรายด้านมีความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .82-.85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 031/2020 วันที่ 3 มีนาคม 2563) และคณะกรรมการจริยธรรม สถาบันสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (เอกสารรับรอง เลขที่ 2020.44.MP วันที่ 28 เมษายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทั้ง 5 แห่ง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นประสานงานผ่านอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษา แห่งละ 1 คน แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล แบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ และแบบสอบถามการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผ่านทาง google form ซึ่งในคำชี้แจงของแบบสอบถามมีข้อความการแนะนำตัว และข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลา 120 นาที (กลุ่มตัวอย่างในสถาบันการศึกษาเดียวกัน ให้เริ่มตอบแบบสอบถามแต่ละชุดพร้อมกัน) ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน พฤษภาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์

ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลรูปแบบการเรียนรู้ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลการคิดอย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.52 มีอายุอยู่ในช่วง 21–30 ปี คิดเป็นร้อยละ 90.46 โดยมีอายุเฉลี่ย 22.10 ปี ($SD = 1.53$) และส่วนใหญ่มีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาอยู่ในช่วง 3.00–3.49 คิดเป็นร้อยละ 60.17 โดยมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาเฉลี่ย 3.02 ($SD = .25$)

2. รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.25 รองลงมา คือ รูปแบบมีส่วนร่วม คิดเป็นร้อยละ 18.26 รูปแบบฟังพา รูปแบบแข่งขัน รูปแบบอิสระ และรูปแบบหลีกเลี่ยง คิดเป็นร้อยละ 17.43, 11.20, 9.54 และ 3.32 ตามลำดับ

3. การคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 40.88$, $SD = 11.65$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างมีวิจารณญาณในระดับปานกลาง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น ($M = 8.09$, $SD = 2.73$) ด้านการนิรนัย ($M = 8.61$, $SD = 2.85$) ด้านการตีความ ($M = 8.41$, $SD = 2.45$) และด้านการประเมินข้อโต้แย้ง ($M = 9.83$, $SD = 3.03$) และในระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านการอนุมาน ($M = 5.95$, $SD = 3.22$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้กับ

การคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล

4.1 รูปแบบแข่งขัน พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบแข่งขันไม่มีความสัมพันธ์กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบแข่งขันไม่มีความสัมพันธ์กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณทุกด้านของนักศึกษาพยาบาล

4.2 รูปแบบร่วมมือ พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .135$, $p < .05$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านการตีความ และด้านการประเมินข้อโต้แย้ง ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .148$, $p < .05$ และ $r_s = .248$, $p < .001$ ตามลำดับ)

4.3 รูปแบบหลีกเลี่ยง พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบหลีกเลี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบหลีกเลี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านการอนุมาน ด้านการยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น ด้านการนิรนัย และด้านการตีความ ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .134$, $p < .05$; $r_s = .136$, $p < .05$; $r_s = .129$, $p < .05$ และ $r_s = .177$, $p < .01$ ตามลำดับ)

4.4 รูปแบบมีส่วนร่วม พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .171$, $p < .01$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านการอนุมาน ด้านการยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น ด้านการนิรนัย ด้านการตีความ และด้านการประเมินข้อโต้แย้ง ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($r_s = .140, p < .05$; $r_s = .176, p < .01$; $r_s = .203, p < .01$; $r_s = .245, p < .001$ และ $r_s = .245, p < .001$ ตามลำดับ)

4.5 รูปแบบอิสระ พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบอิสระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .179, p < .01$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบอิสระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านการอนุมาน ด้านการยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น ด้านการนิรนัย ด้านการตีความ และด้านการประเมินข้อโต้แย้ง ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .140, p < .05$;

$r_s = .186, p < .01$; $r_s = .140, p < .05$; $r_s = .181, p < .01$ และ $r_s = .220, p < .01$ ตามลำดับ)

4.6 รูปแบบพึ่งพา พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบพึ่งพาไม่มีความสัมพันธ์กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบพึ่งพาไม่มีความสัมพันธ์กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณทุกด้านของนักศึกษาพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้แต่ละรูปแบบกับการคิดอย่างมีวิจารณณารายด้านและโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล ($n = 241$)

รูปแบบการเรียนรู้	การคิดอย่างมีวิจารณญาณ											
	ด้าน การอนุมาน		ด้านการยอมรับ ข้อตกลงเบื้องต้น		ด้าน การนิรนัย		ด้าน การตีความ		ด้านการประเมิน ข้อโต้แย้ง		โดยรวม	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p
แข่งขัน	.075	.246	.032	.619	.034	.604	.061	.343	.066	.308	.036	.583
ร่วมมือ	.060	.353	.083	.199	.112	.082	.148	.022	.248	< .001	.135	.036
หลีกเลี่ยง	.134	.038	.136	.034	.129	.045	.177	.006	-.092	.156	.095	.140
มีส่วนร่วม	.140	.030	.176	.006	.203	.002	.245	< .001	.245	< .001	.171	.008
อิสระ	.140	.030	.186	.004	.140	.029	.181	.005	.220	.001	.179	.005
พึ่งพา	-.071	.275	.009	.885	.011	.869	.070	.281	.072	.264	-.007	.920

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ มากที่สุด (ร้อยละ 40.25) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากระบบการศึกษาหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ไม่เน้นให้ผู้เรียนต้องมีการแข่งขัน บรรยากาศของการเรียนการสอนมี

การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผู้สอนจะตั้งคำถาม สร้างสถานการณ์ที่เป็นปัญหาแล้วให้ผู้เรียนช่วยกันคิดหาคำตอบและหาแนวทางแก้ไข ด้วยการระดมความคิด (brain storming) (สุขสุวรรณรัตน์ประเสริฐ, 2563) เพื่อปลูกฝังการทำงานเป็นทีมให้ผู้เรียนมีความพร้อมต่อการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพภายหลังสำเร็จการศึกษา โดยการจัดการเรียนการสอนในลักษณะดังกล่าวช่วยให้ผู้เรียนให้ความสำคัญ

กับการทำงานร่วมกับผู้อื่น จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของพลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และพรศรี ดิสรเดติวัฒน์ (2558) และการศึกษาของพรณิศา แสนบุญส่ง (2560) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมากที่สุด (ร้อยละ 57.20 และ 41.40 ตามลำดับ) และผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า นักศึกษาพยาบาลใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบหลักเลียง น้อยที่สุด (ร้อยละ 3.32) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดการเรียนรู้เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถามและแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ไม่กดดันผู้เรียน ส่งผลให้ผู้เรียนมีความกล้าแสดงออก ไม่หลักเลียงที่จะเข้าหาผู้สอนและเพื่อนร่วมชั้นเรียน นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล โดยรู้สึกว่าเป็นอาชีพที่มีเกียรติ ได้รับการยอมรับในสังคม สามารถนำความรู้ไปให้การช่วยเหลือดูแลผู้อื่นได้ รวมถึงครอบครัวของนักศึกษาที่หวังที่จะได้พึ่งพาในยามเจ็บป่วย ส่งผลให้นักศึกษามีความกระตือรือร้นในการเรียน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถช่วยเหลือดูแลผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของนิภา กิมสูงเนิน, สุวริย์ เพชรแต่ง, และจุฬา ยันตพร (2561) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบหลักเลียงน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.21)

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากในภาคปฏิบัติของหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาลมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลนำความรู้ภาคทฤษฎีและภาคทดลองมาบูรณาการร่วมกันเพื่อเรียนรู้อย่างลึกซึ้งมากขึ้นในภาคปฏิบัติ โดยจัดให้นักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติงานหอบุคลากรในโรงพยาบาล และมอบหมายให้มีการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี (case study) เพื่อให้ นักศึกษาฝึกสังเกตลักษณะความผิดปกติต่าง ๆ มารวบรวมเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และมีการประเมินข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลว่ามีประเด็นใดขาดตกบกพร่องหรือไม่

และประเด็นใดที่ไม่ใช่ปัญหาที่แท้จริง ตลอดจนพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลต่าง ๆ ที่มีด้วยเหตุและผล รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อการตัดสินใจให้การพยาบาลก่อนและหลังตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ระบบการเรียนการสอนทางการพยาบาลในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวยังอยู่ระหว่างการพัฒนาด้วยการส่งบุคลากรไปศึกษาต่อเฉพาะทาง เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญและกลับมาปรับปรุงระบบให้ดียิ่งขึ้น จึงมีปัญหาด้านการขาดแคลนผู้สอนที่จะสามารถดูแลให้คำแนะนำนักศึกษาได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งทักษะด้านการยอมรับข้อตกลงเบื้องต้นเป็นทักษะที่ต้องอาศัยเวลาในการพัฒนา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการฝึกประสบการณ์หอบุคลากรมาไม่มากนัก นอกจากนี้ ความรู้ทางการพยาบาลมีความซับซ้อนที่ต้องอาศัยการจดจำและการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมด้วยตนเอง แต่ห้องสมุดสำหรับนักศึกษาพยาบาลในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวมีขนาดเล็ก ตำรามีจำนวนไม่มากและอาจขาดความทันสมัย โอกาสที่นักศึกษาจะค้นคว้าและอ่านตำราด้วยตนเองจึงมีน้อย ส่งผลให้นักศึกษาเรียนรู้ได้อย่างจำกัด (อัมรินทร์ พงษ์สวัสดิ์, 2562) นักศึกษาจึงมีทักษะต่าง ๆ ดังกล่าวเพียงในระดับปานกลาง สำหรับการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านการอนุมานซึ่งอยู่ในระดับต่ำนั้น อาจเนื่องจากการอนุมานเป็นทักษะการคิดระดับสูง จำเป็นต้องทำความเข้าใจโดยอาศัยการตีความและการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง ไม่สามารถสรุปได้โดยตรงจากข้อมูลที่ได้รับ จำเป็นต้องมีความรู้เดิมและประสบการณ์ร่วมด้วย ทำให้ทักษะด้านการอนุมานของนักศึกษาอยู่ในระดับต่ำ และส่งผลให้การคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ ไชโยียงยงค์ และคณะ (2553) การศึกษาของเนาวนิจ พึ่งจันทร์เดช และประภาพรณ เปี้ยนแก้ว (2559) และการศึกษาของสุพิมล ขอสผล และคณะ (2562) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการคิดอย่างมีวิจารณญาณในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยรวม และการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านการตีความ และด้านการประเมินข้อโต้แย้ง ของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการตีความ และการประเมินข้อโต้แย้งต้องอาศัยข้อมูลที่กว้างขวาง และความตั้งใจที่แน่วแน่ในการประเมินและวิเคราะห์ ข้อมูล นักศึกษาที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือจึงมี ทักษะดังกล่าวดี เพราะมีความรอบรู้และเข้าใจข้อมูล อย่างลึกซึ้งจากการให้ความร่วมมือในกิจกรรมการเรียน การสอน โดยเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจากการแสดง ความคิดเห็นร่วมกับผู้สอนและเพื่อนในชั้นเรียน ซึ่ง กระบวนการเรียนการสอนทางการพยาบาลในสาธารณรัฐ ประชาธิปไตยประชาชนลาว เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยผู้สอนเป็นผู้จัดประสบการณ์การฝึกปฏิบัติให้ผู้เรียน ตามความถนัดของผู้เรียนแต่ละคน ผู้เรียนจึงมีโอกา สที่จะร่วมมือในการเรียนรู้อย่างเต็มที่ตามความสามารถ ของตนเอง เช่น ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล นักศึกษา พยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง โดยการรวบรวม ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยแล้วระบุเป็นแบบแผนสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของ Gordon (สุขสวรรค์ พันธุ์ประเสริฐ, 2563) ซึ่งการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมดังกล่าว เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะด้านการตีความและ ด้านการประเมินข้อโต้แย้ง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมาภรณ์ อนุชน (2552) ที่พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ แบบร่วมมือมีความสัมพันธ์กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยรวม และการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านการอนุมาน ด้านการยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น ด้านการนิรนัย ด้าน การตีความ และด้านการประเมินข้อโต้แย้ง ของนักศึกษา พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมก่อให้เกิดทักษะทั้ง 5 ด้าน ซึ่ง

เป็นองค์ประกอบที่ครบถ้วนของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยอาจเป็นผลมาจากการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทั้ง ในโรงพยาบาลและในชุมชนที่ผู้สอนเน้นให้ผู้เรียนให้ การพยาบาลแบบองค์รวม ปฏิบัติการดูแลสุขภาพของ บุคคลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐ ประชาธิปไตยประชาชนลาว, 2557) ส่งผลให้ผู้เรียนเกิด ความรู้สึกต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ แก่ผู้ป่วย มีความกระตือรือร้นที่จะค้นคว้าหาข้อมูลเพื่อ วิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรค ระบุปัญหาทางการพยาบาล ตลอดจนวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้เรียนที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงได้ซึมซับ ทักษะต่างๆ ดังกล่าวมาจากระบวนการพยาบาล ซึ่ง เป็นกระบวนการที่มีกลไกสอดคล้องกับการคิดอย่างมี วิจารณญาณ ส่งผลให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมาภรณ์ อนุชน (2552) ที่พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมี ความสัมพันธ์กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษา พยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบมีอิสระ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยรวม และการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านการอนุมาน ด้านการยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น ด้านการนิรนัย ด้าน การตีความ และด้านการประเมินข้อโต้แย้ง ของนักศึกษา พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้เรียน ที่มีการเรียนรู้อย่างอิสระจะเกิดทักษะของกระบวนการคิด เนื่องจากผู้เรียนในรูปแบบดังกล่าวจะมีความเชื่อมั่นใน ตนเองสูง แต่ยังรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นๆ ทำให้ ผู้เรียนได้ประเมินความสอดคล้องของเหตุและผลด้วย ตนเอง ซึ่งเป็นทักษะหนึ่งในกระบวนการคิดอย่างมี วิจารณญาณ อีกทั้งผู้เรียนในรูปแบบนี้มักมีความคิด สร้างสรรค์ ส่งผลให้กระบวนการคิดมีการพัฒนาตลอดเวลา โดยการเรียนภาคทดลองตลอดจนภาคปฏิบัติของนักศึกษา พยาบาลในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มัก เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติม

ได้แสดงความคิดเห็น และอภิปรายปัญหาต่างๆ โดยผู้สอนจะเคารพในความแตกต่างทางความคิดของผู้เรียนทุกคนอย่างไม่มีอคติ แสดงบุคลิกภาพที่เป็นกัลยาณมิตร ส่งผลให้ผู้เรียนกล้าที่จะแสดงออกในการเรียนรู้อย่างอิสระ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารการศึกษาควรส่งเสริมให้อาจารย์พยาบาลมีทักษะการสอนที่กระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยจัดให้มีการฝึกอบรมความรู้และทักษะทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้บูรณาการในการจัดการเรียนการสอนได้อย่างเหมาะสม

1.2 อาจารย์พยาบาลควรออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่กระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลเกิดรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ แบบมีส่วนร่วม หรือแบบอิสระ เนื่องจากจะส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามรูปแบบการเรียนรู้และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลตั้งแต่แรกเข้าศึกษาจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

2.2 ควรมีการศึกษารูปแบบการเรียนรู้และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรอื่นๆ เช่น หลักสูตรปริญญาตรี

2.3 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล เช่น อายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ความสามารถในการสะท้อนคิด

เอกสารอ้างอิง

กนกนุช ขำภักตร์, จินตนา ชูนิพันธุ์, และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการเรียนการสอนที่เน้นสถานการณ์จริงกับความสามารถในการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. (2556). *ยุทธศาสตร์ปฏิรูปสาธารณสุขถึงปี 2020*. เวียงจันทน์: กรมจัดตั้งพนักงาน กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. (2557). *หลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล*. เวียงจันทน์: กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนา ศรีสวัสดิ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2560). การคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 70(3), 169–174.

จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา พิชัยพันธุ์, จารุวรรณ ท่าม่วง, กฤษณี สุวรรณรัตน์, ชญาดา เนตร์กระจ่าง, และวรัญญา ชลธารกัมปนาท. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 36–46.

นวลโย พิษชาติ, กัลยา เตชะเสถียร, ศิริภัทรา จุฑามณี, และจินตนา ลีละไกรวรรณ. (2561). รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยชินวัตร. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 173–179.

- นิภา กิมสูงเนิน, สุวีย์ เพชรแดง, และจุฬา ยันตพร. (2561). รูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารวิชาการ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 24(1), 5–14.
- เนาวนิจ พึ่งจันทร์เดช, และประภาพรรณ เปลี่ยนแก้ว. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(1), 125–135.
- ปัทมาภรณ์ อนุชน. (2552). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรณิศา แสนบุญส่ง. (2560). รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 10(1), 154–164.
- พลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, และพรศรี ดิสรเทติวัฒน์. (2558). รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 70–82.
- ขงยุทธ แก้วเต็ม. (2556). กฎหมายและข้อพึงระวังในการนิเทศนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 5–18.
- รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, เพ็ญจมาศ คำชนะ, นุจรี สะท้อน, และจิรายา อินทนา. (2553). ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี ประจำปีการศึกษา 2551 (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี.
- วิภาดา คุณาวิฑิตกุล. (2558). การเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ในยุคศตวรรษที่ 21. *พยาบาลสาร*, 42(2), 152–156.
- สุขสวรรค์ พันธุ์ประเสริฐ. (2563). *ยกสูงคุณภาพการเรียนการสอนที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ: ป้องกันจบชั้นสูงระบบเร่งรัด*. เวียงจันทน์: สถาบันการเมืองและการปกครองแห่งชาติ.
- สุพิมล ขอบผล, จินตวิทย์พร เป้นแก้ว, ธนัชชนัน ศรีโรบล, เกศราภรณ์ ชูพันธ์, สุมิตรพร จอมจันทร์, และนิธยา บุญลือ. (2562). การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยใช้การสะท้อนคิด (Reflective Thinking) ในนักศึกษาพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 46(1), 87–101.
- อัมรินทร์ พงษ์สวัสดิ์. (2562). *การประเมินหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาลตามรูปแบบ Context Input Process Product Model ที่วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพจำปาสัก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เวียงจันทน์: มหาวิทยาลัยแห่งชาติ.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Retrieved from <https://www.bc.edu/content/dam/files/school/son/pdf2/BaccEssentials08.pdf>
- Bruce, J. C., & Chilemba, E. B. (2017). BSN graduates' preferred learning styles: Implications for student-centered learning. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(10), 56–63. doi:10.5430/jnep.v7n10p56
- Chan, S. (2013). Taking evidence-based nursing practice to the next level. *International Journal of Nursing Practice*, 19(Suppl. 3), 1–2. doi:10.1111/ijn.12208

- Ghazivakili, Z., Norouzi Nia, R., Panahi, F., Karimi, M., Gholosorkhi, H., & Ahmadi, Z. (2014). The role of critical thinking skills and learning styles of university students in their academic performance. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 2(3), 95–102. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25512928/>
- Grasha, A., & Reichman, S. (1975). *Workshop handout on learning styles*. Faculty Resource, University of Cincinnati.
- Gyeong, J. A., & Myung, S. Y. (2008). Critical thinking and learning styles of nursing students at the baccalaureate nursing program in Korea. *Contemporary Nurse*, 29(1), 100–109. doi:10.5172/conu.673.29.1.100
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Papathanasiou, I. V., Kleisaris, C. F., Fradelos, E. C., Kakou, K., & Kourkouta, L. (2014). Critical thinking: The development of an essential skill for nursing students. *Acta Informatica Medica*, 22(4), 283–286. doi:10.5455/aim.2014.22.283-286
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Boston, MA: Pearson.
- Shirazi, F., & Heidari, S. (2019). The relationship between critical thinking skills and learning styles and academic achievement of nursing students. *The Journal of Nursing Research*, 27(4), e38. doi:10.1097/jnr.00000000000000307
- Watson, G., & Glaser, E. M. (1980). *Watson-Glaser critical thinking appraisal: Manual*. New York: Psychological Corporation.

การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด

The Development of a Community Health Literacy in Hypertension Control under the Concept of Sub-district Quality of Life Management, Nong-Bon Sub-district, Bo-Rai District, Trat Province

คัทลิยา วสุธาดา, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) ¹

Cuttaliya Vasuthada, M.N.S. (Nursing Administration) ¹

เพ็ญภา พิสัยพันธุ์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ² ดาราวรรณ ร่องเมือง, Ph.D. (Nursing) ³

Pennapa Pisaipan, M.N.S. (Family Nursing) ² Daravan Rongmuang, Ph.D. (Nursing) ³

อนุชิต สว่างแจ้ง, ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์) ⁴ โรจน์เมธิร์ ไวยกุล, พย.บ. ⁵

Anuchit Sawangjang, M.A. (Medical Social Science) ⁴ Rotmethit Waiyakun, B.N.S. ⁵

Received: March 24, 2022 Revised: April 28, 2022 Accepted: April 29, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ในพื้นที่ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยทีมผู้นำ รวมจำนวน 20 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 80 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพ

¹⁻³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹⁻³ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

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

⁴ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อไร่

⁴ Public Health Technical Officer, Bo-Rai District Public Health Office

⁵ พยาบาลวิชาชีพ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด

⁵ Registered Nurse, Chaloe Phrakiat Health Center 60th Anniversary Nawamintha Rachinee, Nong-Bon Sub-district, Bo-Rai District, Trat Province

ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของทีมนำ มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น .80 และเครื่องวัดความดันโลหิต ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพทีมนำ การวางแผนพัฒนา การพัฒนา และการประเมินผลลัพธ์ ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) การจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำ การตั้งเป้าหมาย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล การเยี่ยมบ้าน และการสะท้อนกลับผลการพัฒนา ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 2) หลังการพัฒนา ทีมนำมีคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพ ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) หลังการพัฒนา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการพัฒนา และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) หลังการพัฒนา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ต่ำกว่าก่อนการพัฒนา และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรนำกระบวนการที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพชุมชนตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ทางสุขภาพและมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ดี

คำสำคัญ: ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This participatory action research aimed to develop a community health literacy in hypertension control under the concept of sub-district quality of life management and determine the outcomes of the development at Nong-Bon Sub-district, Bo-Rai District, Trat Province. The participants were 20 quality of life development committee and 80 hypertensive patients. The research instruments included the development of a community health literacy in hypertension control under the concept of sub-district quality of life management assessment form with reliability as .80, the health literacy and hypertension control behavior questionnaire with reliability as .80, and sphygmomanometer. The 4 steps of the research process including team capability building, planning, implementing, and result evaluation were conducted from July, 2020 to January, 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) the developing activities were composed of providing health education, goal setting, sharing care experiences, home visiting, and reflecting the outcomes of development while the patients practice follow the guidebook; 2) after the development, the quality of life development committee had statistically significantly higher mean score of development of a community health literacy in hypertension control under the concept of sub-district quality of life management than that of before the development; 3) after the development, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of health literacy and hypertension control behavior than those of before the development and the control group; and 4) after the development, the experimental group had statistically significantly lower mean of systolic and diastolic blood pressure than those of before the development and the control group.

This research suggests that health care providers should apply this research process for the development of program enhancing community capability under the concept of sub-district quality of life management. This will encourage hypertensive patients to have good health literacy and hypertension control behavior.

Keywords: Sub-district quality of life management, Health literacy, Hypertension control behavior

ความเ็นมาและความสำคัญขอปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2547 มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก ร้อยละ 1.70 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.10 ในปี พ.ศ. 2573 สำหรับในประเทศไทย พบจำนวนผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 จำนวน 109,385 ราย 126,380 ราย และ 156,442 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 เท่ากับ 3,664 ราย 3,684 ราย และ 3,761 ราย ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และยังพบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบว่ตนเองป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46 รวมทั้งไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติได้ ร้อยละ 21.20 (World Health Organization,

2021) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองสูงกว่าคนปกติราว 4 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้ ร้อยละ 43.10 โดยเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 10.80 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 6.30 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 1.70 โรคหัวใจวาย ร้อยละ 4.60 โรคหลอดเลือดส่วนปลาย ร้อยละ 3.60 จอประสาทตาเสื่อม ร้อยละ 2.20 และไตเสื่อม ร้อยละ 51 (Ogah et al., 2012) ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ จากการศึกษที่ผ่านมพบว่ การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมกาออกกำลังกายและการควบคุมอาหารในระดับต่ำ ไม่หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรค

มีการเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง หรือหยุดรับประทานยาเมื่อรู้ดีกว่าความดันโลหิตลดลง มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ชนพร วรรณกุล, ชลิดา โสภิตภักดีพงษ์, และวิริยา สุขวงศ์, 2555) และการขาดความรู้ การรับรู้ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Anderson, Linto, & Stewart-Wynne, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่า การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการเตรียมความพร้อมของชุมชน ด้วยการจัดประชุม ส่งผลให้มีความสำเร็จในการควบคุมโรคในระดับสูง ชุมชนเกิดการเรียนรู้ปัญหาสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตน หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (วัลรี ทราชสมุทร, 2561) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการขับเคลื่อนการดำเนินการจากทุกภาคส่วน จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดปัจจัยเสี่ยง และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างยั่งยืน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุขได้มีเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต 3 ด้าน ได้แก่ การบริการปฐมภูมิและบริการทางด้านสาธารณสุขในฐานะเป็นแกนนำสู่การบูรณาการของบริการสุขภาพ นโยบายและกิจกรรมในพหุภาคส่วนร่วม และการเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชน ซึ่งในการเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชนนั้น ได้มีการนำแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (the concept of sub-district quality of life management) มาใช้ ซึ่งเป็นกลวิธีทางการสาธารณสุขมูลฐานที่สร้างเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เกิดการพึ่งพาตนเองหรือการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) และเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนในพื้นที่ระดับตำบลมีการพัฒนาแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ และ/หรือตามประเด็นที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยนำแนวคิดดังกล่าวมาดำเนินการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของชุมชน นำไปสู่เป้าหมายชุมชนสร้างสุข ด้วยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและภาคีเครือข่าย (วนิดา ดันสกุล, 2562)

จากสถิติรายงานประจำปี 2563 ของสถานีนานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด พบว่า ในช่วงปี 2561–2563 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจากสถานบริการสาธารณสุขในตำบลหนองบอน มีภาวะเสี่ยงและสงสัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 19.10, 10.80 และ 6.50 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้เนื่องจากสถานบริการมีการจัดกิจกรรมคัดกรองเพื่อค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยงและสงสัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พร้อมจัดกิจกรรมให้ความรู้รายบุคคล อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีเพียงร้อยละ 32.30, 40.10 และ 34.50 ตามลำดับ (สถานีนานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด, 2564) ซึ่งค่าเป้าหมายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่า มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) แสดงให้เห็นว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในเขตให้บริการของตำบลหนองบอนยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยนำแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวมีกระบวนการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ ที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐาน

ประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของร่วมกัน เกิดการประสานความร่วมมือ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

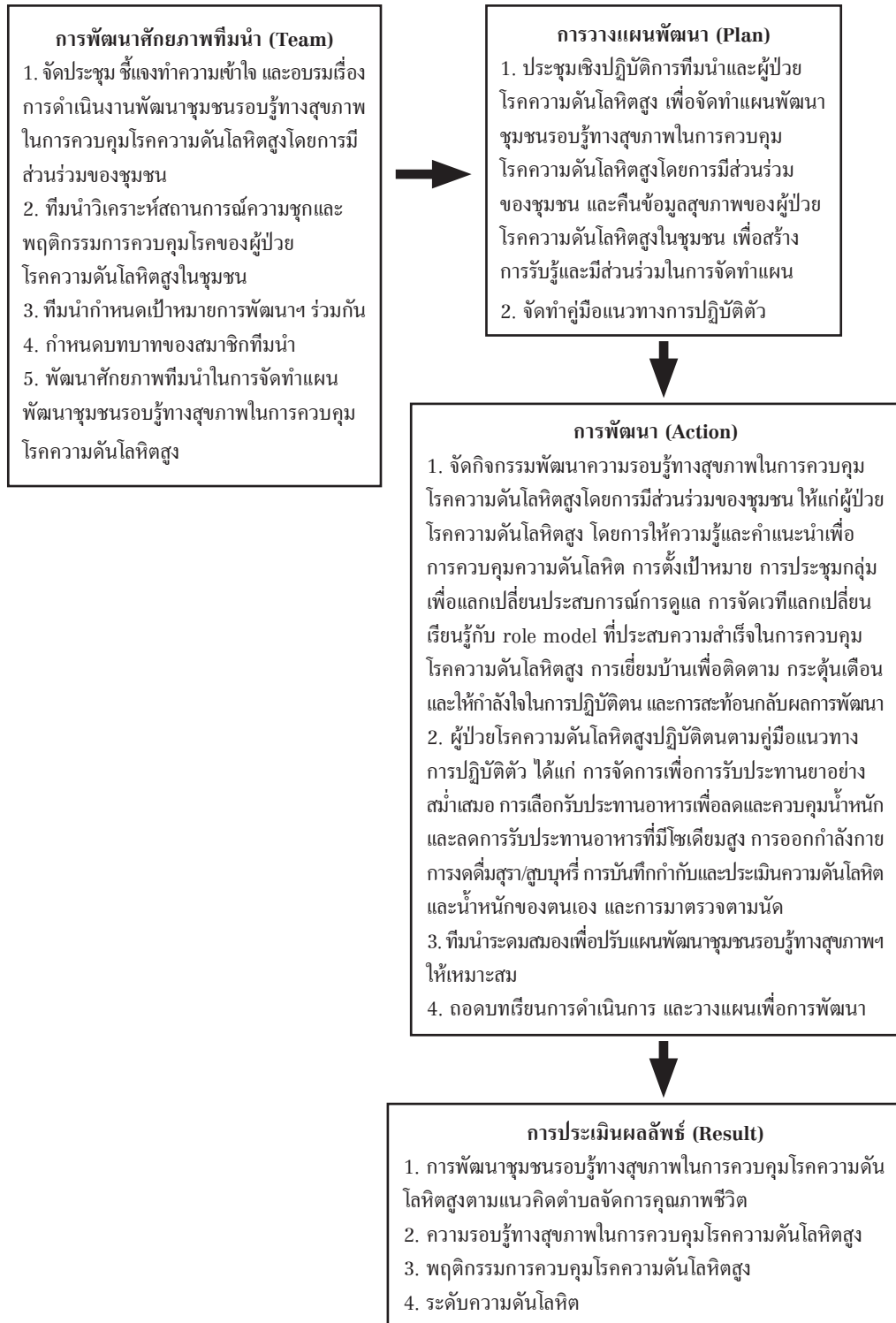
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของทีมนำและความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แบบมีส่วนร่วม และใช้แนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้กระบวนการ TPAR (Team, Plan, Action, Result) (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) ในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพทีมนำ (Team) การวางแผนพัฒนา (Plan) การพัฒนา (Action) และการประเมินผลลัพธ์ (Result) เพื่อแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในตำบลหนองบอน อำเภอปอไร่ จังหวัดตราด โดยศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของทีมนำ และความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research [PAR]) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพทีมนำ (Team) การวางแผนพัฒนา (Plan) การพัฒนา (Action) และการประเมินผลลัพธ์ (Result) โดยดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย คือ ตำบลหนองบอน อำเภอปัว จังหวัดตราด

ผู้ร่วมวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทีมนำ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลหนองบอน ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงเรียน สารวัตรใหญ่ คุรุสถานศึกษาโรงเรียน สมาชิกเทศบาล ประธาน อสม. ประธานชมรมผู้สูงอายุ ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้อำนวยการสถานีอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมจำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา เสนอแนวทางแก้ไข ร่วมปฏิบัติ และติดตามประเมินผลได้ 2) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองบอน และมีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 1,726 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) รับประทานยา 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี 4) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการประมาณง่าย ๆ (rule of thumb) ที่กำหนดว่า ขนาดตัวอย่างไม่ควรน้อยกว่า 30 คน จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 60 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 40 คน รวมจำนวน 80 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามระดับความดันโลหิต

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

มีดังนี้

1. แบบประเมินการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดด้านการจัดการคุณภาพชีวิตของทีมนำ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ TPAR (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพทีมนำ (Team) การจัดทำแผนสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Plan) การจัดกิจกรรมหรือบริการสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (Action) และผลลัพธ์การดำเนินงานในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Result) รวมจำนวน 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่ามีหรือไม่มี โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่ามี ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่มี ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพฯ น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพฯ มาก

2. แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้าน อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-14 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพฯ น้อย

และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพมาก ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 25-75 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมโรคไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมโรคดี

3. เครื่องวัดความดันโลหิต ยี่ห้อ HICO รุ่น Medical HM-1100 ใช้สำหรับประเมินระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของทีมนำ และแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และนักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .66-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพไปทดลองใช้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลช้างทุน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ร่วมวิจัย จำนวน 10 คน และนำแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลช้างทุน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ร่วมวิจัย จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพ และแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ด้วยวิธีการของกูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่

20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .80 เท่ากัน ส่วนแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80 สำหรับเครื่องวัดความดันโลหิต นำไปตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นของการวัด จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชลบุรี และใช้อุปกรณ์เครื่องเดิมตลอดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 049 วันที่ 19 มิถุนายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอบ่อไร่ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพทีมนำ (Team) ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2563 ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยพบทีมนำ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้ทีมนำตอบแบบประเมินการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของทีมนำ ก่อนการพัฒนา โดยใช้เวลา 10-15 นาที และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 3 ส่วน ก่อนการพัฒนา โดยให้

เวลา 30-40 นาที จากนั้นวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกค่า ก่อนการพัฒนา ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยแนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 3 ส่วน ก่อนการพัฒนา โดยใช้เวลา 30-40 นาที จากนั้นวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกค่า ก่อนการพัฒนา

1.2 ผู้วิจัยจัดประชุมทีมนำและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ชี้แจงทำความเข้าใจ และอบรมเรื่อง การดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพ ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.3 ทีมนำวิเคราะห์สถานการณ์ความชุกและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

1.4 ทีมนำกำหนดเป้าหมายการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จากนั้นกำหนดบทบาทของสมาชิกในทีมนำ

1.5 ผู้วิจัยพัฒนาศักยภาพทีมนำในการจัดทำแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนพัฒนา (Plan) ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2563 ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทีมนำและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง เพื่อร่วมกันจัดทำแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้ข้อมูลสภาพปัจจุบันเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และสถานการณ์ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ค้นหาสาเหตุของปัญหา จากนั้นคืนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้และมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพฯ

2.2 ผู้วิจัย ทีมนำ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ร่วมกันจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เพื่อมอบให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองนำไปปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา (Action) ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยและทีมนำร่วมกันจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง โดยการให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อการควบคุมความดันโลหิต การทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อตั้งเป้าหมายการควบคุมความดันโลหิต การประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ role model ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม กระตุ้นเตือน และให้กำลังใจในการปฏิบัติตน และการสะท้อนกลับผลการพัฒนา

3.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การจัดการเพื่อการรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารเพื่อลดและควบคุมน้ำหนัก และลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกาย การงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่ การบันทึกค่าความดันโลหิตและน้ำหนักของตนเอง และการมาตรวจตามนัด

3.3 ทีมนำระดมสมองเพื่อปรับแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน

3.4 ผู้วิจัย ทีมนำ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ร่วมกันถอดบทเรียนการดำเนินการและวางแผนเพื่อการพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ (Result) ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 ดังนี้

ผู้วิจัยพบทีมนำ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ให้น้ำคำตอบแบบประเมินการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของทีมนำ หลังการพัฒนา โดยใช้เวลา 10-15 นาที และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 หลังการพัฒนา โดยใช้เวลา 20-30 นาที จากนั้นวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกค่า หลังการพัฒนา ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม ให้น้ำคำตอบแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 หลังการพัฒนา โดยใช้เวลา 20-30 นาที จากนั้นวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกค่า หลังการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของทีมนำ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต ระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการพัฒนา วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 82.50 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 มีจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านอยู่ในช่วง 1-3 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.70 มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.50 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 95 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.50 มีจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านอยู่ในช่วง 1-3 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 97.50

2. การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้กระบวนการ TPAR ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพทีมนำ (Team) ซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลหนองบอน ทำความเข้าใจกับทีมนำในการดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์สถานการณ์ความชุก ปัญหา สาเหตุ และพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในชุมชน และระดมสมองเพื่อกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาาร่วมกัน รวมถึงพัฒนาศักยภาพทีมนำโดยการอบรมเรื่อง การดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การวางแผนพัฒนา (Plan) โดยร่วมกันจัดทำแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 3) การพัฒนา (Action) โดยจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การให้ความรู้และ

คำแนะนำเพื่อการควบคุมความดันโลหิต การตั้งเป้าหมาย การประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ role model ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตาม กระตุ้นเตือน และให้กำลังใจในการปฏิบัติตน และการสะท้อนกลับผลการพัฒนา ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การจัดการเพื่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารเพื่อลดและควบคุมน้ำหนัก และลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกาย การงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่ การบันทึกค่ากับและประเมินความดันโลหิต และน้ำหนักของตนเอง และการมาตรวจตามนัด นอกจากนี้

ทีมนำยังมีการระดมสมองเพื่อปรับแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสม และ 4) การประเมินผลลัพธ์ (Result) จากการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนา มีดังนี้

3.1 การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของทีมนำ พบว่า หลังการพัฒนาทีมนำมีคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 25.380, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของทีมนำ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา

ช่วงเวลา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการพัฒนา (n = 20)	9.55	1.63	25.380	< .001
หลังการพัฒนา (n = 20)	20.35	.74		

3.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.880, p < .05$ และ $t = 15.300, p < .01$ ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ต่ำกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.420, p < .01$ และ $t = 3.250, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มควบคุมพบว่า หลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ไม่แตกต่างจากก่อนการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 2 และพบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.270, p < .01$ และ $t = 9.960, p < .01$ ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว

ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมอย่างมี $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3
 นัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.010$, $p < .05$ และ $t = 3.530$,

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต
 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 40)						
ความรู้ทางสุขภาพ	9.35	2.30	11.22	1.38	5.880	.011
พฤติกรรมการควบคุมโรค	55.45	5.40	64.27	3.65	15.300	.001
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	128.65	9.65	120.77	11.54	3.420	.001
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	74.45	7.91	70.80	8.19	3.250	.002
กลุ่มควบคุม (n = 40)						
ความรู้ทางสุขภาพ	8.70	2.16	8.65	2.03	.530	.559
พฤติกรรมการควบคุมโรค	56.72	5.44	56.05	3.72	1.220	.229
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	129.60	12.05	126.10	12.27	1.300	.199
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	75.87	7.49	76.70	6.66	.910	.364

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต
 ระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการพัฒนา

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ความรู้ทางสุขภาพ	11.22	1.38	8.65	2.03	9.270	.001
พฤติกรรมการควบคุมโรค	64.27	3.65	56.05	3.72	9.960	.001
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	120.77	11.54	126.10	12.27	2.010	.049
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	70.80	8.19	76.70	6.66	3.530	.001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้กระบวนการ TPAR ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพทีมนำ (Team) โดยทำความเข้าใจกับทีมนำในการดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์สถานการณ์ความชุก ปัญหา สาเหตุ และพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในชุมชน และระดมสมองเพื่อกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาร่วมกัน รวมถึงพัฒนาศักยภาพทีมนำ ร่วมกันวางแผน (Plan) และดำเนินการ (Action) โดยจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และมีการปรับแผนพัฒนาชุมชนให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน และทำการประเมินผลลัพธ์ (Result) ซึ่งกระบวนการข้างต้นทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดการมีส่วนร่วมในการรับรู้และแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงของคนในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ เกิดพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตที่ถูกต้อง นำมาซึ่งความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของทักษนัย พัสดู, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และนันทิพัฒน์ พัฒนโชติ (2562) ที่พบว่า กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สถานการณ์โรคของชุมชน การจัดทำแผนปฏิบัติการ การอบรมให้ความรู้เรื่องโรค การณรงค์ป้องกันโรค การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคในชุมชน การติดตามนิเทศงาน การสนับสนุนการดำเนินงาน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอดบทเรียน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และเกิดการทำงาน

เชื่อมต่อกันระหว่างภาคีเครือข่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของอดิญาณ์ ศรีเกษตริน, ชุติพร เอกรัตน์, ชไมพร จินตคณาพันธ์, และอรรวรรณ สัมภวานะ (2558) ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการวางแผนกิจกรรมร่วมกัน 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการดำเนินงานตามแผน สะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม และร่วมประเมินผล โดยชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน สามารถพัฒนาความรู้ของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามเยี่ยม การประเมินภาวะสุขภาพ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการพัฒนา และสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในครั้งนี้ ประกอบด้วย การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อการควบคุมความดันโลหิต จัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ role model ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอดิญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ (2558) ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยให้

ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน สามารถพัฒนาความรู้ของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้
และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ปัจจัยที่
ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ ทีมนำ ซึ่งเป็นคนหรือผู้ปฏิบัติ
งานในชุมชน มีที่มาจากหลายแห่ง เช่น สถานีอนามัย
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น โรงเรียน รวมทั้งตัวแทนกลุ่มต่างๆ เป็นการให้
ความสำคัญและนำมามีส่วนร่วมในการพัฒนา เพราะบุคคล
เหล่านี้เป็นผู้นำชุมชน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแล
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน เมื่อนำมาทำการเสริมสร้างพลัง
โดยการให้ความรู้เรื่องการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
มีการกำหนดบทบาทและเป้าหมายร่วมกัน ทำให้ทีมนำ
เกิดความเข้าใจในการดำเนินงานควบคุมโรคความดัน
โลหิตสูง จึงเกิดพลังความร่วมมือและเข้ามาร่วมกิจกรรม
อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีการประเมินผลการทำงาน
ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นไปพร้อมกับการดำเนิน
งาน เกิดกระบวนการร่วมกันคิดเพื่อแก้ไขปัญหาและ
อุปสรรคที่เกิดขึ้น มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งที่
เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทำให้เกิดการเรียนรู้ใน
การทำงานร่วมกันของชุมชน เป็นกระบวนการที่หล่อหลอม
ให้เป็นกลุ่มเป็นพวกเดียวกัน ตั้งแต่ขั้นตอนการร่วมคิด
ร่วมทำ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ทั้งใน
ด้านส่วนตัวและด้านสังคม รวมถึงได้คุณค่าแห่งตน
เกียรติยศ และความเชื่อถือ และสอดคล้องกับการศึกษา
ของรุ่งนภา อาระห์ (2560) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรม
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ทั้งการเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจ
และการจัดกิจกรรมการสื่อสารด้วยกิจกรรมการเรียนรู้
อย่างมีส่วนร่วมและแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มทดลองมี
คะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับ
โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการพัฒนา
และสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาชุมชนรอบรู้
ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิด
ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในครั้งนี้ เกิดจากความร่วมมือ
กันของภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันพัฒนาความรู้
ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าว
ข้างต้น มีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม กระตุ้นเตือน และให้
กำลังใจในการปฏิบัติตน และสะท้อนกลับผลการพัฒนา
ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติตามคู่มือ
แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ได้แก่ การจัดการเพื่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
การเลือกรับประทานอาหารเพื่อลดและควบคุมน้ำหนัก และ
ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกาย
การงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่ การบันทึกค่ากับและประเมิน
ความดันโลหิตและน้ำหนักของตนเอง และการมาตรวจ
ตามนัด ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดัน
โลหิตสูงที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังร่วมกันปรับแผนพัฒนา
ชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิต
สูงให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน และสอดคล้องกับวิถี
ชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คนในชุมชนให้
ความร่วมมือในการช่วยกันดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วย
มีพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสูงที่ดี
สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพรรณ บุตรศรี (2558)
ที่พบว่า ผลสำเร็จของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ
โดยการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน สามารถยกระดับ
จิตสำนึก และสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค
ในชุมชน ทำให้เกิดการเรียนรู้จนสามารถปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคได้ด้วยตนเอง และ
สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา อาระห์ (2560)
ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ
ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการที่หลากหลาย
กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค
ความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่า
กลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต

ขณะหัวใจบีบตัว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ต่ำกว่าก่อนการพัฒนา และต่ำกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในครั้งนี้ ที่มนำร่วมกันคิด วางแผน และแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ทางสุขภาพและมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ดี เนื่องจากเมื่อมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอมีโอกาสน้อยที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้สามารถจัดการตนเอง มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง นำมาซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของกานต์นิพนธ์ ปัญญธนชัยกุล, สุทธิพร มุลศาสตร์, และวรรณ ชัยลิมปมนตรี (2563) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งภา อาระห์ (2560) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการที่หลากหลาย ทั้งการเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจ และการจัดกิจกรรมการสื่อสารด้วยกิจกรรมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและบุคลากรสุขภาพในพื้นที่อื่น ๆ ควรนำกระบวนการที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพชุมชนตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยเน้นการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตและประชาชนในพื้นที่ โดยปรับกระบวนการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ทางสุขภาพและมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เช่น แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามบริบทที่แท้จริง ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนจัดกิจกรรมทางการพยาบาลที่ตรงตามเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายอนุกุล กองทรัพย์ นายสัญญา จิมพลี และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลตำบลหนองบอน ที่มีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *แนวทางการสร้างสุขของชุมชน*. สืบค้นจาก <http://online.pubhtml5.com/xdjb/pukb/>

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2564*. สืบค้นจาก https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210506935772122.pdf

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). *คู่มือแนวทาง การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2563*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กานต์ณิพัชญ์ ปัญญธนะชัยกุล, สุทธิพร มูลศาสตร์, และ วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี. (2563). ประสิทธิผลของ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(1), 41–54.
- ทักษนัย พัสตุ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และนันทิพัฒน์ พัฒนโชติ. (2562). กระบวนการพัฒนาชุมชน รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ดับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 8(1), 140–148.
- ธนพร วรรณกุล, ชลิดา ไสยศักดิ์พิงษ์, และวิริยา สุขวงศ์. (2555). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 26(3), 106–118.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- รุ่งนภา อาระห์. (2560). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน โลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วนิดา ดันสกุล. (2562). *แนวทางการสร้างสุขของชุมชน*. สืบค้นจาก <https://pubhtml5.com/xdjb/pukb/basic>
- วัลรี ทรายสมุทร. (2561). การพัฒนารูปแบบสร้างเสริม สุขภาพเชิงรุกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยกระบวนการ มีส่วนร่วม ชุมชนบ้านบาก ตำบลไร่น้อย อำเภอ เมือง จังหวัดอุบลราชธานี. ใน *เอกสารการประชุม วิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานี วิชาการ ครั้งที่ 3*. ม.ป.ท.
- ศิริพรรณ บุตรศรี. (2558). *การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิต สูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด. (2564). *สรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2561–2563*. ตราด: ผู้แต่ง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดัน โลหิตสูง*. สืบค้นจาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-commu-nicable-disease-data.php>
- อดิญา ศรีเกษตริน, ชุติพร เอกรัตน์, ชไมพร จินตคณิตพันธ์, และอรรวรรณ สัมภวานะ. (2558). การพัฒนา ศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *รามาชิดดีพยาบาลสาร*, 21(1), 110–121.
- Anderson, C. S., Linto, L., & Stewart-Wynne, E. G. (1995). A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*, 26(5), 843–849. doi:10.1161/01.str.26.5.843

Ogah, O. S., Okpechi, I., Chukwuonye, I. I., Akinyemi, J. O., Onwubere, B. J., Falase, A. O., Stewart, S., Sliwa, K. (2012). Blood pressure, prevalence of hypertension and hypertension related complications in Nigerian Africans: A review. *World Journal of Cardiology*, 4(12), 327–340. doi:10.4330/wjc.v4.i12.327

World Health Organization. (2021). *Hypertension*.

Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำ โรคความดันโลหิตสูง*

Health Literacy and Self-management among Black Tai Older Persons with Hypertension*

ชนาภา สมใจ, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ) ¹

Chanapa Somjai, M.N.S. (Gerontological Nurse Practitioner) ¹

โรจณี จินตนาวัฒน์, ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์) ² พนิดา จันทโสภีพันธ์, ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์) ³

Rojanee Chintanawat, Ph.D. (Nursing) ² Phanida Juntasopeepun, Ph.D. (Nursing) ³

Received: March 10, 2022 Revised: April 15, 2022 Accepted: April 17, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสายบุรี จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 82 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบวัดการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น .88 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหำบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rojanee.c@cmu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวม ในระดับปานกลาง ($M = 34.84, SD = 4.85$ และ $M = 75.26, SD = 8.95$ ตามลำดับ) และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .432, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุไทยทรงดำ โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship between health literacy and self-management among Black Tai older persons with hypertension. The samples consisted of 82 Black Tai older persons with hypertension who received the medical care at the sub-district health promoting hospitals in Khao Yoi District, Phetchaburi Province. The research instruments included the demographic data form, the health literacy scale for Black Tai older persons with hypertension with reliability as .83, and the self-management scale for Black Tai older persons with hypertension with reliability as .88. Data were collected from April to June, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that the mean scores of health literacy and self-management among Black Tai older persons with hypertension were at a moderate level ($M = 34.84, SD = 4.85$ and $M = 75.26, SD = 8.95$, respectively). Health literacy was positively statistically significantly related to self-management among Black Tai older persons with hypertension ($r = .432, p < .001$).

This research suggests that health care providers should access health literacy and self-management among Black Tai older persons with hypertension in order to enhance their health literacy and self-management. As such, Black Tai older persons with hypertension will provide more suitable disease control.

Keywords: Health literacy, Self-management, Black Tai older persons, Hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 64 ปีขึ้นไป สูงกว่าในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (Davis, 2019) เช่นเดียวกับประเทศไทย จากการศึกษาในกลุ่มประชากรสูงอายุ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 29.10, 39.60 และ 40.20 ของประชากรผู้สูงอายุ ตามลำดับ และยังพบจำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2560 มากกว่าในปี พ.ศ. 2545 ถึง 1.70 เท่า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเกิดจากความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ (aging process) ที่มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ร่วมกับการสร้างสาร endothelium-derived relaxing factor (EDRF) ได้ลดลง และผลรวมของแรงต้านทานส่วนปลาย (total peripheral resistance) เพิ่มขึ้น (Kai et al., 2014) หัวใจจึงทำงานหนักมากกว่าปกติในการที่จะบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูง และหากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคไต (Mensah, 2016) ซึ่งแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมี 2 วิธี คือ การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการรักษาด้วยการใช้ยา ซึ่งการใช้ยาในผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดเนื่องจากกระบวนการชรา (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา และสำลี สาสีกุล, 2562) ดังนั้น ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจึงต้องเน้นการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นการกระทำอย่างตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตามแผน

การรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการควบคุมโรค ลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรัง โดยอาศัยคำแนะนำ ความร่วมมือระหว่างบุคคลกับบุคลากรสุขภาพ โดยการจัดการตนเองมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการแพทย์ เป็นการจัดการตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ต้องมีการกำหนดการรักษาร่วมกับบุคลากรสุขภาพ 2) การจัดการด้านบทบาท เป็นการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและการสร้างพฤติกรรมใหม่ให้เข้ากับภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ เป็นการกระทำเพื่อลดผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้ บุคคลต้องมีทักษะในการจัดการตนเอง 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือและการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ 4) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคลากรสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบุคคล (Lorig & Holman, 2003) จากการศึกษาการจัดการตนเองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ใหญ่และในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แต่การจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีน้อย ซึ่งชาวไทยทรงดำมีพฤติกรรมความเชื่อด้านการรักษาทางไสยศาสตร์มากกว่าการรักษาทางการแพทย์ อีกทั้งผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม เช่น อาหารหมักดอง ปลา ร้า ปลาเค็ม มีการออกกำลังกายที่ไม่เป็นแบบแผน และจะพึ่งพาผีเมื่อมีความทุกข์ใจหรือมีความเครียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (กานต์ทิศา สีหมากสูง และบุญรอด บุญเกิด, 2559) รวมทั้งจากการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย (สัมภาษณ์: 28 กันยายน 2562) ในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มเป็นประจำ โดยใช้ปลาร้าเป็นส่วนผสมหลัก ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ สูบบุหรี่และดื่มสุรารเป็นประจำ และจัดการกับความเครียดโดยใช้พิธีกรรมพื้นบ้าน เช่น การใช้คาถาประกอบการรักษา การไหว้ครู ร้อยละ 75, 65, 45 และ 35 ตามลำดับ

และจากการศึกษาในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง (อามานี แดมะยู, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และพนิดา จันทโสภิพันธ์, 2563) และผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมในระดับต่ำ (พนิดา จันทรีดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒนา, และนันทวัน สุวรรณรูป, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองประกอบด้วยปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ สำหรับปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุ (ราตรี อร่ามศิลป์, พัทยา เกิดกุล, สายใจ จารุจิตร, และวรรณศิริ ประจันโน, 2561) ระดับการศึกษา (พนิดา จันทรีดีแก้วสกุล และคณะ, 2561) สถานภาพสมรส (Ding, Li, Su, Yuan, & Lin, 2018) และระยะเวลาการเจ็บป่วย (Truong, Jullamate, & Piphatvanitcha, 2016) ส่วนปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (ราตรี อร่ามศิลป์ และคณะ, 2561) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Ding et al., 2018) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (พนิดา จันทรีดีแก้วสกุล และคณะ, 2561) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมโรคเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุที่จะมีการจัดการตนเองที่ดีนั้นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนสามารถคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ เลือกใช้ข้อมูลที่เหมาะสมในการจัดการตนเอง เพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้กำหนดให้แนวประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายในการป้องกันและการควบคุมโรคเรื้อรัง เพื่อให้บุคคลคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน (World Health Organization, 2013)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการบริการ

ด้านสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งต้องอาศัยทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าใจ เข้าถึง และการใช้แหล่งข้อมูลเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Nutbeam, 2000) จากการศึกษาของ Ansari et al. (2016) พบว่า ผู้สูงอายุทางตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศอิหร่าน ร้อยละ 64.40 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ และจากการศึกษาของ Geboers, de Winter, Spoorenberg, Wynia, and Reijneveld (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีในประเทศเนเธอร์แลนด์ กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีความสามารถในการจัดการตนเองสูงขึ้นด้วย

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองที่ผ่านมา จะเห็นว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวไม่สามารถนำมาอธิบายในกลุ่มผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงได้ ทั้งนี้ เนื่องจากบริบทของผู้สูงอายุไทยทรงดำที่มีความแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป โดยเฉพาะในเรื่องวิถีการดำเนินชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมายังพบว่า บางการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองต่ำ แต่บางการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองสูง ส่วนการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงยังมีจำกัด อีกทั้งผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำ

โรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเอง ให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) ซึ่งมีองค์ประกอบในการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ การจัดการด้านการแพทย์

การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ การที่บุคคลจะมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมทั้ง 3 ด้าน จะต้องมียกขะในการจัดการตนเอง 6 ยกขะ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือและการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ 4) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคลากรสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบุคคล ทั้งนี้ การที่จะสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นยกขะทางปัญญาและยกขะทางสังคมในการเข้าถึงเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และสามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพได้ รวมทั้งสามารถคัดสรรข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติด้วยตนเอง โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ของ Nutbeam (2000) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ ดังนั้น หากผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ด้านสุขภาพก็น่าจะมีการจัดการตนเองที่ดี ความรู้ด้านสุขภาพจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ในอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 2) มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .54 ซึ่งคำนวณจาก

การศึกษาของจริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และทศพร คำผลศิริ (2563) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 82 คน โดยเลือกพื้นที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง (จากจำนวน 12 แห่ง) ที่มีจำนวนผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมารับการรักษามากที่สุด ได้แก่ รพ.สต.ห้วยท่าช้าง รพ.สต.หนองปรัง และ รพ.สต.ทับกาง เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายจากรายชื่อผู้ป่วยในแฟ้มทะเบียน ตามสัดส่วนของประชากร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 19 คน 32 คน และ 31 คน ตามลำดับ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่นๆ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และช่องทางการได้รับข้อมูลสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ของ Ishikawa, Takeuchi, and Yano (2008) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยจริยา นพเคราะห์ และคณะ (2563) โดยนำมาปรับเฉพาะข้อความที่มีชื่อโรคเบาหวาน เป็นโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยนานๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผล

คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (14.00-28.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (28.01-42.00 คะแนน) และในระดับสูง (42.01-56.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ของเบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุชะ, และทศพร คำผลศิริ (2555) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง จำนวน 7 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 7 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ และด้านการประสานความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 29 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการตนเองในระดับต่ำ (29.00-58.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (58.01-87.00 คะแนน) และในระดับสูง (87.01-116.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและการจัดการตนเอง (2 คน) และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแบบวัดการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในอำเภอย้ายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 042/2020 วันที่ 3 มีนาคม 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ 005/2563 วันที่ 17 เมษายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง เข้าพบพยาบาลผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธินัดหมายวัน เวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก และสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว จากนั้นทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแบบวัดการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เวลา 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูล

การจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.27 มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.44 โดยมีอายุเฉลี่ย 69.59 ปี ($SD = 5.78$) มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.75 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90.24 อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 93.93 โดยอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.14 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 1–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.95 มีโรคประจำตัวอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 62.20 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 93.90 และช่องทางการได้รับข้อมูลสุขภาพคือ จากบุคลากรสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 96.34

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 34.84, SD = 4.85$) เมื่อจำแนกเป็นรายระดับ พบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในระดับสูง ($M = 17.26, SD = 1.88$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($M = 11.24, SD = 2.55$) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณในระดับต่ำ ($M = 6.34, SD = 1.86$)

3. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 75.26, SD = 8.95$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการ

ตนเองในระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ($M = 18.37, SD = 3.63$) ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ($M = 18.09, SD = 3.18$) ด้านการรับประทานยา ($M = 20.38, SD = 2.92$) ด้านการจัดการอารมณ์ ($M = 7.93, SD = 1.72$) และด้านการประสานความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด ($M = 10.50, SD = 2.07$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .432, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง ($n = 82$)

ตัวแปร	การจัดการตนเอง	
	r	p
ความรู้ด้านสุขภาพ	.432	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงเป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการบริการด้านสุขภาพ ให้สามารถปฏิบัติเกี่ยวกับโรคได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง โดยอาศัยทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพมาประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติตน (Nutbeam, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ การิสรพี, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนุชนาฏ สุทธิ (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Amini, Daddost, Khodavisi, and Tapak (2018) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ด้าน

สุขภาพในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 90.24) จึงมีความสามารถในการอ่านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพง่าย ๆ ได้ เช่น การอ่านฉลากยา การอ่านคำแนะนำจากแผ่นพับ การทำความเข้าใจในการนัดพบแพทย์ จากการศึกษาองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนไทยทรงดำ ของอะเคื้อ กุลประสูติติก และปณณกา พลวัน (2561) พบว่า ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เข้ามาสู่ชุมชน ทำให้การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านลดน้อยลงและหันมาปรึกษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น รวมทั้งวิถีชีวิตของชาวไทยทรงดำมีการปรับเปลี่ยนเข้ากับยุคสมัยมากขึ้น ได้รับการศึกษาและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น แม้ว่าชาวไทยทรงดำจะมีภาษาพูดและภาษาเขียนเป็นของตนเองที่ยังคงใช้ในการสื่อสารในผู้สูงอายุ แต่ก็มีลักษณะไม่แตกต่างจากภาษาไทยกลางมาก สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Ansari et al. (2016) ที่พบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุได้นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 52.44) โดยมีอายุเฉลี่ย 69.59 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น การทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายจึงยังคงมีประสิทธิภาพ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การเรียนรู้ การรับรู้ ความจำ การเคลื่อนไหวร่างกาย และไม่มีข้อจำกัดในการอ่าน การจำ การเข้าใจศัพท์ทางการแพทย์ๆ และการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ (Chesser, Woods, Smothers, & Rogers, 2016) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะสามารถเรียนรู้ เข้าใจ และมีความจำดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากคุณลักษณะตามธรรมชาติของผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง ปกติจะไม่ค่อยกล้าสอบถามข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพ เนื่องจากเป็นกลุ่มชาติพันธุ์และค่อนข้างเกรงใจ จึงมักฟังคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพมากกว่าสอบถามข้อสงสัย ดังการศึกษาของ สุรติ โพธิ์ไทร (2555) ที่พบว่า อัตลักษณ์ของไทยทรงดำเป็นชุมชนที่ค่อนข้างปิดตัวและใช้ชีวิตอยู่อย่างสงบ รวมทั้งมีการใช้ภาษาที่เป็นภาษาเฉพาะ ซึ่งในปัจจุบันชุมชนไทยทรงดำได้มีปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอกมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสมัยใหม่ แต่ยังคงยึดหลักตามประเพณี พิธีกรรมแบบดั้งเดิมไว้ ซึ่งวิถีชีวิตของไทยทรงดำมีแบบแผนบนบรรทัดฐานของความเชื่อ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 59.75) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 93.93) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส จะเข้ามามีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนให้เข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ ร่วมตัดสินใจ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาหรือเพื่อประกอบการตัดสินใจที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(Moss, Still, Jones, Blackshire, & Wright, 2019) ซึ่งวิถีชีวิตของไทยทรงดำจะอยู่รวมกันเป็นชุมชน บ้านใกล้เรือนเคียง ให้ความเข้มแข็งมากกว่าความสัมพันธ์ตามสายเครือญาติ รวมทั้งมีการติดต่อสื่อสารและช่วยเหลือกันอยู่ตลอด และมีพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับบรรพบุรุษ ซึ่งเป็นการสานความสัมพันธ์ทางเครือญาติไม่ให้ขาดหายไป (ณรงค์ อาจสมบัติ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu, Chen, Xue, and Hou (2019) ที่พบว่า การสนับสนุนจากกลุ่มสมรรถนะความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณในระดับต่ำ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงไม่ถนัดกับการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ และมีข้อจำกัดในการใช้อินเทอร์เน็ต แต่จะฟังคำแนะนำด้านสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพ อีกทั้งวิถีชีวิตของไทยทรงดำมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องผีเรื่องขวัญ เชื่อว่าสิ่งต่างๆ อยู่ภายใต้อำนาจของสิ่งเหนือธรรมชาติ ที่สามารถบันดาลชีวิตให้เป็นไปตามความพอใจของผี จึงยังมีการใช้ความเชื่อเป็นการรักษาโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งอาจใช้ร่วมกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน แม้จะรักษาในโรงพยาบาล ก็จะมีการทำพิธีที่บ้านร่วมด้วย (อภิชาติ ภัทรธรรม, 2559) จึงทำให้การพิจารณาข้อมูลสุขภาพหรือการตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูลยังมีน้อย รวมทั้งส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 90.24) ทำให้มีข้อจำกัดในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น การอ่านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การพิจารณาความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งมีข้อจำกัดในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดัน

โลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงเป็นการกระทำอย่างตั้งใจของผู้สูงอายุในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาศัยคำแนะนำ ความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อการควบคุมโรคลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรค ปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีการใช้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมากขึ้น การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านลดน้อยลง มีการแสวงหาความรู้ และตัดสินใจเลือกวิธีการหรือแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ (รัตนะ บัวสนธิ์, จุริรัตน์ ประวาลัญญกร, วิทยพร ศรีติมงคล, วันดี ทับทิม, และมลฤดี โภคศิริ, 2555) และเมื่อรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะการเจ็บป่วย ก็จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือบทบาทหน้าที่ของตนเองให้สอดคล้องกับภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นการเสริมสร้างสุขภาพตนเอง อีกทั้งมีการจัดการกับอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ แต่ก็ยังพบว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม เช่น อาหารหมักดอง ปลาข้าว ปลาเค็ม และมีการออกกำลังกายที่ไม่เป็นแบบแผน เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการรักษา จะไม่มีการสอบถามแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพ ซึ่งอาจเนื่องจากไม่กล้าพูดคุยหรือสอบถามข้อสงสัย ส่งผลให้การจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องการศึกษาของรัตนพงศ์ คำเฝ้า และน้ำเงิน จันทรมณี (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลางนั้น ยังอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.56 ปี ซึ่งเมื่ออายุเพิ่มขึ้นย่อมส่งผลให้ร่างกายเกิด

การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลง ทั้งด้านโครงสร้างของร่างกายและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายและการปฏิบัติตัวลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง (ศรีรินทร์ เกรย์, อุมภรณ์ ภัทราวณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณพเก้า, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี อร่ามศิลป์ และคณะ (2561) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 90.20) ซึ่งการศึกษาเป็นความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และความสามารถในการเรียนรู้ แสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ช่วยให้มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนในการเผชิญความเจ็บป่วยและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Flynn et al. (2013) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีการจัดการตนเองในระดับต่ำด้วย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 59.75) ซึ่งครอบคลุมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพในการจัดการตนเอง และการมีสถานภาพสมรสคู่เป็นการช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกันในการจัดการตนเอง (สุมาพร สุจางค์, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามี, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ding et al. (2018) ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากคู่สมรสสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงมีการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเป็นความสามารถในการอ่านข้อมูลบนฉลากยา การเขียน การทำความเข้าใจ และมีการใช้ทักษะทางสังคมในการสอบถามข้อมูล มีความเข้าใจในคำแนะนำ การปฏิบัติตัวที่ได้รับจากบุคลากรสุขภาพ ส่วนความรอบรู้

ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นการให้ทั้งทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพและเจรจาต่อรองนำข้อมูลและคัดเลือกข้อมูลไปใช้ในการแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่น สำหรับความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เป็นการให้ทักษะทางปัญญาในการนำข้อมูลมาคิดวิเคราะห์ พิจารณาเปรียบเทียบข้อมูล และใช้ทักษะทางสังคมในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อร่วมวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสามารถเป็นปากเสียง โน้มน้าวให้บุคคลอื่นเห็นด้วยกับการปฏิบัติที่เหมาะสมในการรักษา เพื่อประกอบการตัดสินใจให้ข้อมูลสุขภาพในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมและสังคมในผู้สูงอายุไทยทรงดำแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นเป้าหมายในการจัดการตนเองทั้งด้านการจัดการด้านการแพทย์ การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการจัดการตนเอง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี (Amini et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของอาามานี แดเมยู และคณะ (2563) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุไทยทรงดำ ควรมีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณซึ่งอยู่ในระดับต่ำ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองในการควบคุมโรคได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

ความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทยทรงดำโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรณีการ การศรัทธา, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *รวมาริบบิตพยาบาลสาร*, 25(3), 280–295.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา, และสำลี สาส์กุล. (2562). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 31–39.
- กานต์ทิศา สีหมากสุก, และบุญรอด บุญเกิด. (2559). วิเคราะห์ปัจจัยการดำรงอยู่และการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในพิธีกรรมของไทยทรงดำ: กรณีศึกษาเขตตำบลหนองปรัง อำเภอยะบอย จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(44), 83–102.
- จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และทศพร คำผลศิริ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร*, 47(2), 251–261.
- ณรงค์ อาจสมิตติ. (2555). รัฐชาติ ชาติพันธุ์ และอัตลักษณ์ไทดำ. *วารสารสังคมวิทยามานุษยวิทยา*, 31(2), 53–78.

- เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุขะ, และทศพร คำผลศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 39(4), 124-137.
- พนิดา จันทรดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒนาย, และนันทวัน สุวรรณรูป. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. *วารสาร พยาบาลศาสตร์*, 36(1), 31-43.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2560*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1552463947-147_0.pdf
- รศรินทร์ เกรย์, อุมภรณ์ ภัทรวณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2556). *โมเดลทัศน์ใหม่ ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- รัตนพงศ์ คำเผ่า, และน้ำเงิน จันทรมณี. (2561). การศึกษา ทักษะการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง เขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเหล่า อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. ใน *รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 4* (น. 12-22). ม.ป.ท. สืบค้นจาก http://www.dra.up.ac.th/front/files/pgrc/Proceeding_PGRC4_2561.pdf
- รัตนะ บัวสนธิ์, จุริรัตน์ ประวาลัญญกร, รพีพร ศรีติมงคล, วันดี ทับทิม, และมฤดี โภคศิริ. (2555). วิถีชีวิต ด้านสุขภาพไทยทรงดำจากวันวานสู่สุขภาพ พอเพียง. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย นเรศวร*, 14(1), 15-34.
- ราตรี อร่ามศิลป์, พัทยา เกิดกุล, สายใจ จารุจิตร, และ วรรณศิริ ประจันโน. (2561). พฤติกรรมการจัดการ ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 68-77.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). *ความฉลาดทางสุขภาพของ ผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรuti โพธิ์ไทร. (2555). โลกทัศน์ลาวโซ่งในบริบทใหม่: ที่ว่างที่แปรเปลี่ยน ประเพณีที่เลือนหาย. *วารสาร หน้าจั่ว ว่าด้วยประวัติศาสตร์สถาปัตยกรรม และ สถาปัตยกรรมไทย*, 8, 259-275.
- สุมาพร สุจ้านงค์, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามิ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการ ตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 29(2), 20-30.
- อภิชาติ ภัทรธรรม. (2559). ไทดำ-ไทยทรงดำ-ลาวโซ่ง. *วารสารการจัดการป่าไม้*, 10(20), 89-94.
- อะเกื้อ กุลประสูติติก, และปณณภา พลวัน. (2561). องค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ของชุมชนไทยทรงดำ ตำบลบ้านดอน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการพัฒนาชุมชนและ คุณภาพชีวิต*, 6(1), 106-130.
- อามณี แดมะยู, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และพนิดา จันทโสภิพันธ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน สุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิม ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(3), 87-107.

- Amini, R., Daddost, R. A., Khodavisi, M., & Tapak, L. (2018). Correlation between health literacy and self-management in patients with hypertension, Province of Hamadan, Iran. *Journal of Biochemical Technology*, 9(2), 134–141. Retrieved from <https://jbiochemtech.com/article/correlation-between-health-literacy-and-self-management-in-patients-with-hypertension-province-of-hamadan-iran>
- Ansari, H., Almasi, Z., Ansari-Moghaddam, A., Mohammadi, M., Peyvand, M., Hajmohammadi, M., & Bagheri, F. (2016). Health literacy in older adults and its related factors: A cross-sectional study in southeast Iran. *Health Scope*, 5(4), 110–125. doi:10.17795/jhealthscope-37453
- Chesser, A. K., Woods, N. K., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 2, 1–13. doi:10.1177/2333721416630492
- Davis, L. L. (2019). Hypertension: How low to go when treating older adults. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(1), 1–6. doi:10.1016/j.nurpra.2018.10.010
- Ding, W., Li, T., Su., Q., Yuan, M., & Lin, A. (2018). Integrating factors associated with hypertensive patients' self-management using structural equation modeling: A cross-sectional study in Guangdong, China. *Patient Preference and Adherence*, 12, 2169–2178. doi:10.2147/PPA.S180314
- Flynn, S. J., Ameling, J. M., Hill-Briggs, F., Wolff, J. L., Bone, L. R., Levine, D. M., ... & Boulware, L. E. (2013). Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: Perspectives of patients and family members. *Patient Preference and Adherence*, 7, 741–749. doi:10.2147/PPA.S46517
- Geboers, B., de Winter, A. F., Spoorenberg, S. L., Wynia, K., & Reijneveld, S. A. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of Life Research*, 25(11), 2869–2877. doi:10.1007/s11136-016-1298-2
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874–879. doi:10.2337/dc07-1932
- Kai, H., Kudo, H., Takayama, N., Yasuoka, S., Aoki, Y., & Imaizumi, T. (2014). Molecular mechanism of aggravation of hypertensive organ damages by short-term blood pressure variability. *Current Hypertension Reviews*, 10(3), 125–133. doi:10.2174/1573402111666141217112655
- Liu, Y. B., Chen, Y. L., Xue, H. P., & Hou, P. (2019). Health literacy risk in older adults with and without mild cognitive impairment. *Nursing Research*, 68(6), 433–438. doi:10.1097/NNR.0000000000000389

- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. doi:10.1207/S15324796ABM2601_01
- Mensah, G. A. (2016). Hypertension and target organ damage: Don't believe everything you think!. *Ethnicity & Disease*, 26(3), 275–278. doi:10.18865/ed.26.3.275
- Moss, K. O., Still, C. H., Jones, L. M., Blackshire, G., & Wright, K. D. (2019). Hypertension self-management perspectives from African American older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 41(5), 667–684. doi:10.1177/0193945918780331
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- Truong, P. V., Jullamate, P., & Piphatvanitcha, N. (2016). Factors related to self-management behaviours in hypertensive older adults in Haiduong Province, Vietnam. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 10(3), 56–64. Retrieved from <https://nurse.buu.ac.th/rsh/file/journal/0000000648.pdf>
- World Health Organization. (2013). *Health services–statistics. World health statistics 2013*. Retrieved from https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf
-

**การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวัง
โรคพิษสุนัขบ้า ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี**
**Development of a Community Health Literacy for Prevention
and Surveillance of Rabies under the Concept of Sub-district
Quality of Life Management, Pong Nam Ron Sub-district,
Pong Nam Ron District, Chanthaburi Province**

ราตรี อร่ามศิลป์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ¹

Ratree Aramsin, M.N.S. (Family Nursing) ¹

วรรณศิริ ศรีสุข, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ²

อรวิษา บรรเทาพงษ์, พย.บ. ³

Wansiri Srisuk, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ²

Onpicha Banthaowong, B.N.S. ³

จุไรลักษณ์ เจตอารีทรัพย์, พย.บ. ⁴

Juriluck Jetareesub, B.N.S. ⁴

Received: September 7, 2021

Revised: May 27, 2022

Accepted: June 1, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาในพื้นที่ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยทีมนำ รวมจำนวน 60 คน และประชาชน รวมจำนวน 110 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบตรวจสอบรายการ (checklist) การประเมินผลการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามความรู้ทาง

¹⁻³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹⁻³ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

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

⁴ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

⁴ Registered Nurse, Pong Nam Ron Sub-district Health Promoting Hospital, Pong Nam Ron District, Chanthaburi Province

สุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า มีค่าความเชื่อมั่น .74 ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างทีมดำเนินงาน การวางแผนพัฒนา การดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และการประเมินผลลัพธ์ ในช่วงเดือนเมษายน 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) การดำเนินการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (TPAR) ประกอบด้วย การสร้างทีมดำเนินงาน การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การวางแผนการดำเนินการร่วมกัน การจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การสำรวจข้อมูลสัตว์เลี้ยง การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และการประเมินผลการพัฒนา 2) คะแนนรวมของผลการดำเนินการหลังสิ้นสุดกระบวนการ TPAR อยู่ในระดับมาก และ 3) หลังเข้าร่วมกระบวนการ TPAR ทีมงานและประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการ TPAR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชนในพื้นที่อื่นควรนำแนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าไปใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โรคพิษสุนัขบ้า

Abstract

This participatory action research aimed to develop a community health literacy for prevention and surveillance of rabies under the concept of sub-district quality of life management and determine the outcomes of the development at Pong Nam Ron Sub-district, Pong Nam Ron District, Chanthaburi Province. The participants were 60 quality of life development committee and 110 people. The research instruments included a checklist of evaluation of development of a community health literacy under the concept of sub-district quality of life management, and a questionnaire of health literacy of rabies prevention and surveillance with reliability as .74. The four steps of the research process including team building, planning, implementing, and result evaluation were conducted from April, 2020 to February, 2021. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The research results revealed that 1) the development of a community health literacy for prevention and surveillance of rabies under the concept of sub-district quality of life management (TPAR) were composed of team building, situation analysis, goal setting, cooperative planning, practice guideline making, knowledge providing, pet surveying,

rabies vaccination, and result evaluation; 2) at the end of the TPAR process, the total score of the development result was at a high level; and 3) after participating in TPAR process, the quality of life development committee and the people had statistically significantly higher mean scores of health literacy of rabies prevention and surveillance than those of before participating in TPAR process ($p < .01$ and $p < .001$, respectively).

This research suggests that persons working in community development in other settings should apply these practice guidelines for prevention and surveillance of rabies to solve the rabies problems. This will help reduce the incidence of rabies.

Keywords: Health literacy, Sub-district quality of life management, Rabies

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อจาก rabies virus ซึ่งพบเชื้อในน้ำลายสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมและสามารถติดต่อสู่คนโดยผ่านการกัดหรือข่วน เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงที่ผู้ป่วยและสัตว์ที่ติดเชื้อจะเสียชีวิตทุกราย (World Health Organization [WHO], 2021) จากสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 พบผู้เสียชีวิต 3 ราย และตัวอย่างส่งตรวจ 6,845 ตัวอย่าง พบผลบวก 233 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 3.40 ใน 35 จังหวัด โดยพบผลบวกสูงสุด 10 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี สงขลา สุรินทร์ นครศรีธรรมราช อุบลราชธานี ราชบุรี ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว และพัทลุง ส่วนชนิดสัตว์ที่พบ ได้แก่ สุนัข 209 ตัว โค 11 ตัว แมว 6 ตัว และอื่นๆ 5 ตัว (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ส่วนสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดจันทบุรีปี พ.ศ. 2561 จากการส่งตรวจหัวสุนัขในพื้นที่อำเภอโป่งน้ำร้อน พบการติดเชื้อพิษสุนัขบ้า จำนวน 9 หัว ประกอบด้วยตำบลโป่งน้ำร้อน จำนวน 4 หัว ตำบลหนองตากง จำนวน 2 หัว ตำบลคลองขุด จำนวน 2 หัว และตำบลทรายขาว จำนวน 1 หัว และปี พ.ศ. 2562 จากการตรวจหัวสุนัข จำนวน 10 หัว พบการติดเชื้อพิษสุนัขบ้า จำนวน 1 หัว (สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดจันทบุรี, 2563) จากสถิติการตรวจหัวสุนัขในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา ยังพบการติดเชื้อพิษสุนัขบ้าของสุนัขในพื้นที่มาโดยตลอด และจาก

ลักษณะพื้นที่ของตำบลโป่งน้ำร้อนที่มีพื้นที่ติดชายแดนประเทศกัมพูชา มีพรมแดนธรรมชาติตลอดแนวชายแดน ทำให้มีสุนัขผ่านเข้าออกได้ตลอด ประกอบกับมีแรงงานต่างชาติที่เลี้ยงสุนัขอยู่ในพื้นที่จำนวนมาก ส่งผลให้การจัดการควบคุมสุนัขทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากมีการย้ายถิ่นฐานบ่อย ทำให้ยากต่อการติดตาม และประชาชนเจ้าของสุนัขไม่ให้ความสำคัญกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่สุนัข อัตราการได้รับวัคซีนของสุนัขค่อนข้างต่ำ จึงมีโอกาสสูงที่สุนัขจะเกิดการติดเชื้อพิษสุนัขบ้า และแพร่ไปสู่คนโดยผ่านการกัดหรือข่วน จนทำให้เสียชีวิตได้ ทั้งนี้ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (the Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) รายงานว่า ประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าถึง 55,000 รายต่อปี โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในทวีปเอเชียและทวีปแอฟริกา ซึ่งองค์การอนามัยโลกผลักดันให้องค์การต่อต้านโรคพิษสุนัขบ้าดำเนินการให้อัตราการเสียชีวิตของประชาชนจากโรคพิษสุนัขบ้าเป็นศูนย์ ภายในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2021) สำหรับประเทศไทย ปัญหาโรคพิษสุนัขบ้ายังคงเป็นปัญหาสำคัญของชาติ

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล มีที่มาจากอดีตที่เป็นการดูแลสุขภาพประชาชนโดยนำแนวคิดการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการดูแล แต่ในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป มีเหตุ

ปัจจัยหลายด้าน ทั้งจากตัวประชาชนเอง องค์กร หน่วยงาน ภาครัฐและเอกชน การแก้ไขปัญหาจึงจำเป็นต้องอาศัย การบูรณาการทุกภาคส่วน จึงมีแนวคิดการจัดการสุขภาพ ที่รอบด้านและซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ ระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลุ่มขับเคลื่อนหลัก โดยมีเป้าหมาย คือ ชุมชนเข้มแข็งและประชาชนพึ่งพาตนเองภายใต้การสร้าง การมีส่วนร่วม (กานต์ชัยพิสุทธิ์ คงเสถียรพงษ์ และศิริไธสง วรรัตน์วิจิตร, 2564) โดยกระบวนการแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ทีมดำเนินการ (Team) การวางแผน (Plan) กิจกรรมขับเคลื่อน (Activity) และผลลัพธ์/ความสำเร็จ (Result) (พชรดนัย วัชรธนพัฒนธาดา, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาเกี่ยวกับ รูปแบบการพัฒนาพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า แบบ บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนกับโมเดลเชิงตรรกะ ตามนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ พื้นที่ (พชพ.) ของธีรวัฒน์ วลัยเสถียร, บุญทานการ พรมภักดี, จุลจิลา หินจำปา, คณยศ ชัยอาจ, และกิตติศักดิ์ สีสด (2563) ซึ่งผลลัพธ์ระยะสั้น คือ เกิดชุดโครงการ ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ แผนการเรียนการสอน เรื่อง โรคพิษสุนัขบ้า โปรแกรมการจัดการฐานข้อมูลสัตว์ สือหมอล่า 5 ย. และคู่มือของข้อมูลผู้สัมผัส ร.36 ส่วน ผลลัพธ์ระยะกลางพบว่า ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจ ต่อโครงการค่อนข้างสูง โดยบุคลากรหน่วยงานภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ประชาชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าใน ระดับมากที่สุด และผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าได้รับการฉีด วัคซีน และมีแนวโน้มของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา และในปี 2562 ไม่พบหัวสัตว์ ให้ผลบวกโรคพิษสุนัขบ้า จะเห็นได้ว่า การนำแนวคิด การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลมาใช้ในการแก้ไข ปัญหา จะช่วยให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความตระหนัก และมีส่วนร่วมในการทำงานทุกขั้นตอน ส่งผลให้ชุมชน เกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน

จากสถานการณ์ปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ อำเภองังน้ำร้อนข้างต้น สะท้อนว่าการจัดการปัญหา ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้รับผิดชอบจึงมีนโยบายดำเนิ การแก้ไขปัญหา ผ่านกระบวนการการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและ เฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งเป็นการบูรณาการการแก้ไข ปัญหาร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วนในพื้นที่โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้าง ความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครั และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน (“ระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาฯ”, 2561)

วัตถุประสงค์การวิจัย

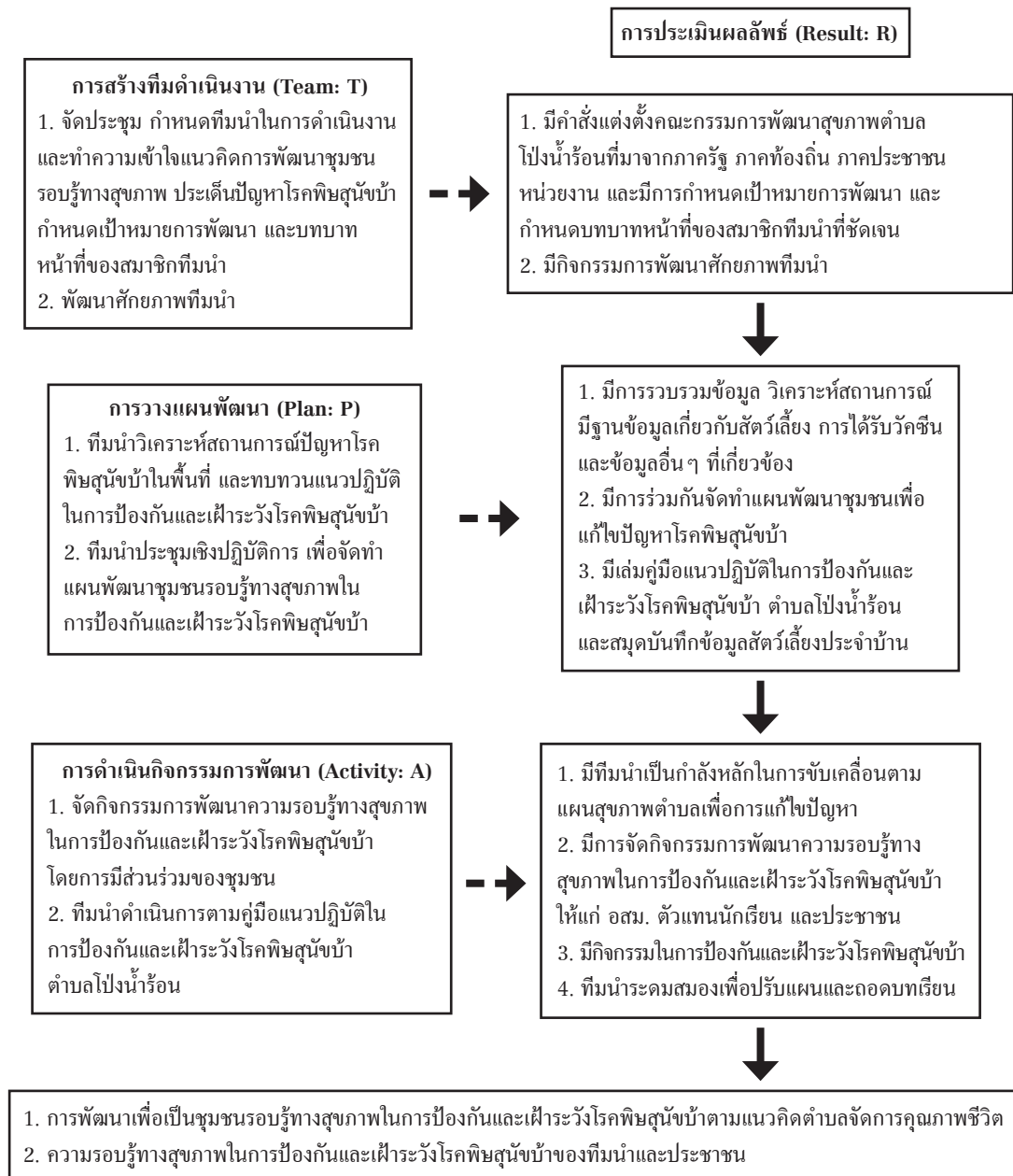
1. เพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกัน และเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการ คุณภาพชีวิต
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ คือ การพัฒนาเพื่อเป็น ชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวัง โรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวัง โรคพิษสุนัขบ้าของทีมงานและประชาชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม และใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล โดยใช้กระบวนการ TPAR (Team, Plan, Activity, Result) (พชรดนัย วัชรธนพัฒนธาดา, 2562) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างทีมดำเนินงาน (Team) การวางแผนพัฒนา (Plan) การดำเนินกิจกรรม การพัฒนา (Activity) และการประเมินผลลัพธ์ (Result) เพื่อการแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่ตำบล

โป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี โดยศึกษา
ผลลัพธ์ คือ การพัฒนาเพื่อเป็นชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพ
ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิด
ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และความรอบรู้ทางสุขภาพ

ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าของทีมงาน
และประชาชน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดัง
แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research [PAR]) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างทีมดำเนินงาน (Team) การวางแผนพัฒนา (Plan) การดำเนินกิจกรรมการพัฒนา (Activity) และการประเมินผลลัพธ์ (Result) โดยดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย คือ ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

ผู้ร่วมวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทีมนำ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลโป่งน้ำร้อน ประกอบด้วย กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน ประธานและสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของตำบลโป่งน้ำร้อน ปศุสัตว์อำเภอโป่งน้ำร้อน อาจารย์โรงเรียนเครือข่ายวิทยาคม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวมจำนวน 60 คน เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนในการให้ข้อมูลวิเคราะห์ปัญหา เสนอแนวทางแก้ไข ร่วมปฏิบัติ และติดตามประเมินผลได้ และ 2) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ประชาชน ประกอบด้วยตัวแทนนักเรียน จำนวน 60 คน และประชาชน จำนวน 50 คน รวมจำนวน 110 คน เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี 2) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบตรวจสอบรายการ (checklist) การประเมินผลการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินผลตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ปี 2561 (กลุ่มส่งเสริมวัฒนธรรมสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2560) ใช้สำหรับ

ประเมินการพัฒนาเพื่อเป็นชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ได้แก่ 1) การสร้างทีมดำเนินงาน (Team) จำนวน 4 ข้อ 2) การวางแผนพัฒนา (Plan): การจัดทำแผนสุขภาพตำบลเพื่อการแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 4 ข้อ 3) การดำเนินกิจกรรมการพัฒนา (Activity): การจัดกิจกรรมในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 4 ข้อ และ 4) การประเมินผลลัพธ์ (Result): การดำเนินงานในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่ามีหรือไม่มี การทำกิจกรรมตาม 4 องค์ประกอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่ามี ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่มี ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการพัฒนาเพื่อเป็นชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพฯ ในระดับน้อย (0-7 คะแนน) ในระดับปานกลาง (8-12 คะแนน) และในระดับมาก (13-16 คะแนน) ทั้งนี้ การตรวจสอบการให้คะแนน ดำเนินการโดยการประชุมร่วมกันของผู้วิจัยและทีมนำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และอาชีพ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบไม่ถูกหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพฯ น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพฯ มาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกัน และเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพ ปศุสัตว์จังหวัดผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า และนักวิชาการที่มีประสบการณ์การทำงานการจัดการคุณภาพชีวิตระดับตำบล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้นำชุมชนและ อสม. ตำบล เทพนิมิต ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ร่วมวิจัย รวมจำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเออร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .74

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 009 วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอโป่งน้ำร้อน และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างทีมดำเนินงาน (Team) ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2563 โดยผู้วิจัยพบทีมผู้นำและประชาชนที่เป็นผู้ร่วมวิจัยแนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยตาม

ข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ทีมนำร่วมกันตอบแบบตรวจสอบรายการ (checklist) การประเมินผลการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ก่อนเริ่มกระบวนการ TPAR โดยใช้เวลา 10-15 นาที และให้ทีมผู้นำและประชาชนแต่ละคนตอบแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกัน และเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการ TPAR โดยใช้เวลา 10-15 นาที จากนั้นผู้วิจัยจัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า ในตำบลโป่งน้ำร้อน จัดตั้งทีมดำเนินงาน (Team) กำหนดเป้าหมายการพัฒนา กำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีมผู้นำ และพัฒนาศักยภาพทีมผู้นำเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าและการจัดทำแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนพัฒนา (Plan) ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2563 โดยผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้นำจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และวางแผนกิจกรรม/โครงการในการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรมการพัฒนา (Activity) ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 โดยผู้วิจัยและทีมนำร่วมกันจัดกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้แก่ อสม. ตัวแทนนักเรียน และประชาชน และดำเนินการตามคู่มือแนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ตำบลโป่งน้ำร้อน จากนั้นมีการระดมสมองถอดบทเรียนเพื่อสรุปปัญหา อุปสรรค และการพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าของชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ (Result) ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 โดยทีมนำร่วมกันตอบแบบตรวจสอบรายการ

(checklist) การประเมินผลการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หลังสิ้นสุดกระบวนการ TPAR โดยใช้เวลา 15–20 นาที และให้ทีมนำและประชาชนแต่ละคนตอบแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า (เฉพาะส่วนที่ 2) หลังเข้าร่วมกระบวนการ TPAR โดยใช้เวลา 8–10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การพัฒนาเพื่อเป็นชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต พิจารณาจากค่าคะแนนที่ได้ ส่วนการเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าของทีมนำและประชาชน ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมกระบวนการ TPAR วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

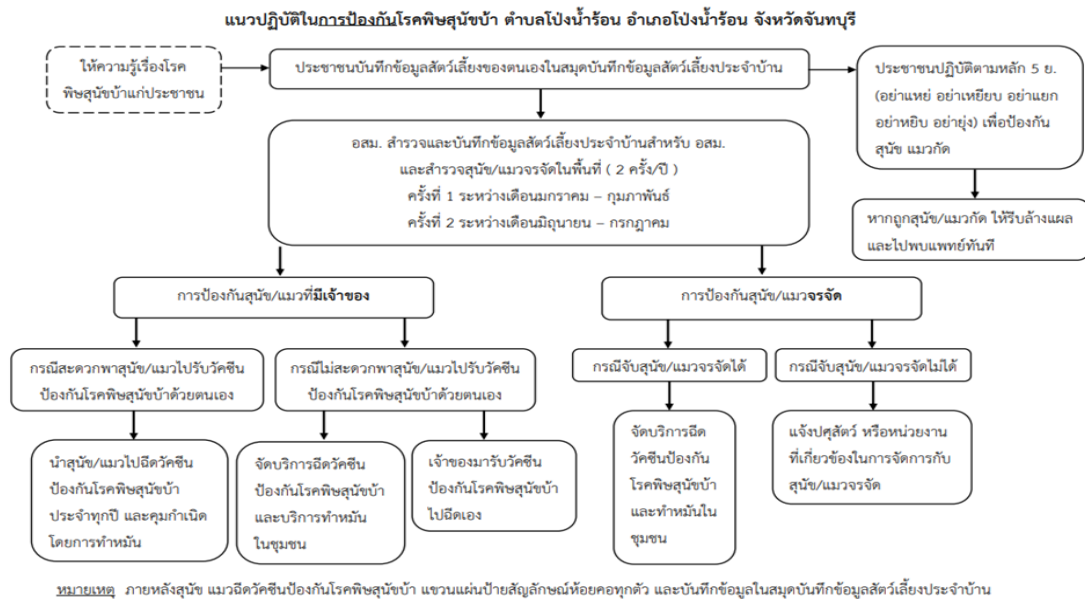
1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย (จำนวน 170 คน) พบว่า ผู้ร่วมวิจัยเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55 มีอายุเฉลี่ย 32.50 ปี ($SD = 8.44$) และมีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.80

2. การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้กระบวนการ TPAR มีดังนี้

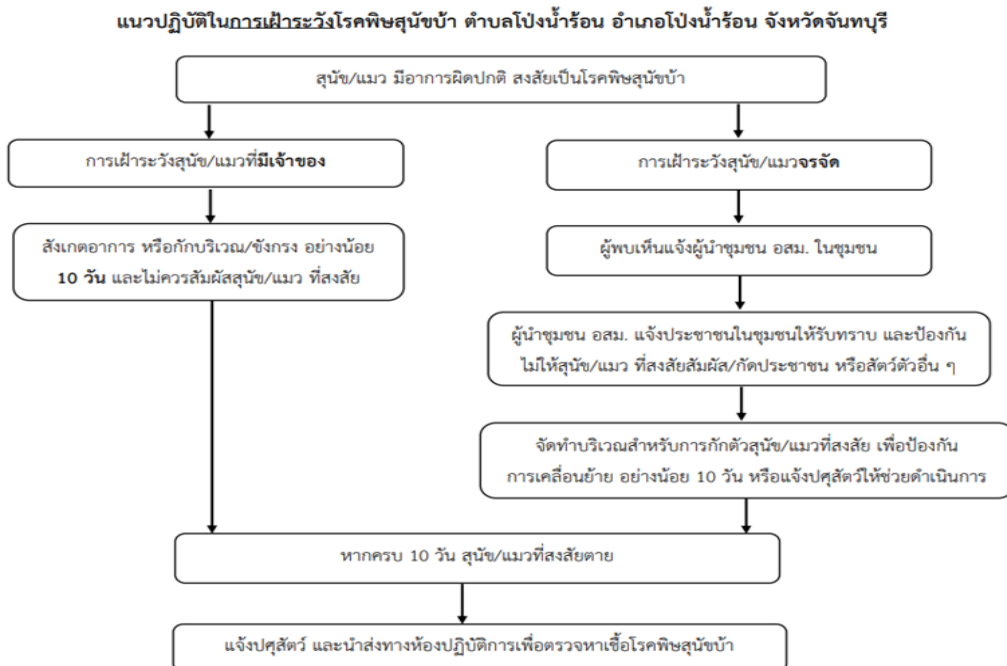
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างทีมดำเนินงาน (Team) โดยผู้วิจัยพิจารณากำหนดทีม (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลโป่งน้ำร้อน) ตามองค์ประกอบดังนี้ 1) ตัวแทนจากภาครัฐประกอบด้วย ปลัดตำบลอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ 2) ตัวแทนจากท้องถิ่นประกอบด้วย กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และ 3) ตัวแทนจากภาคประชาชนประกอบด้วย ประธานและสมาชิกอาสา

สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาจารย์ของโรงเรียน จากนั้นมีการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจแนวคิดการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต กำหนดเป้าหมายการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า และร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน และมีการพัฒนาศักยภาพที่นำเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า การป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยวิทยากรจาก รพ.สต.โป่งน้ำร้อน และสำนักงานปศุสัตว์อำเภอ และการจัดทำแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนพัฒนา (Plan) โดยผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทีม นำ เพื่อจัดทำแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ ตำบลโป่งน้ำร้อน โดยวาระการประชุมมีดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และคน ในตำบลโป่งน้ำร้อน และ 2) ทบทวนคำสั่ง มาตรการที่เกี่ยวข้อง และแนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน จากนั้นมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นใน 2 ประเด็นหลัก คือ 1) แนวทางของชุมชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ป้องกันอย่างไร ทั้งในคนและในสัตว์) และ 2) แนวทางของชุมชนในการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า (เฝ้าระวังอย่างไร เมื่อพบสัตว์ป่วยหรือสัตว์จรจัดเข้ามาในพื้นที่) แล้วนำมาจัดทำแผนการดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า และจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าของตำบลโป่งน้ำร้อน โดยแบ่งออกเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 และแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ดังแสดงในแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 2 แนวปฏิบัติในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี



แผนภาพที่ 3 แนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรมการพัฒนา (Activity) โดย 1) ผู้วิจัยและทีมนำร่วมกันจัดกิจกรรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้แก่ อสม. ตัวแทนนักเรียน และประชาชน โดยการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยวิทยากรจากสำนักงานปศุสัตว์อำเภอ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และกำหนดเป้าหมายการลดการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนร่วมกัน 2) ทีมนำดำเนินการตามคู่มือแนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ตำบลโป่งน้ำร้อน โดยการสำรวจข้อมูลสัตว์เลี้ยง การได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และข้อมูลสัตว์จรจัดในชุมชน บันทึกข้อมูลในคู่มือสัตว์เลี้ยงประจำบ้าน และแบบฟอร์มของ อบต.โป่งน้ำร้อน พร้อมปฏิบัติการฉีดวัคซีนแก่สัตว์เลี้ยง และให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ และ 3) ทีมนำระดมสมองเพื่อสรุป ทบทวน และปรับปรุงแนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าของชุมชน และถอดบทเรียนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและ

เฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ (Result) โดยประเมินการพัฒนาเพื่อเป็นชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าของทีมงานและประชาชน

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนา มีดังนี้

3.1 การพัฒนาเพื่อเป็นชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต พบว่า คะแนนรวมของผลการดำเนินการหลังสิ้นสุดกระบวนการ TPAR อยู่ในระดับมาก (14 คะแนน) ส่วนคะแนนรวมของผลการดำเนินการก่อนเริ่มกระบวนการ TPAR อยู่ในระดับน้อย (1 คะแนน) เมื่อจำแนกเป็นรายขั้นตอน พบว่า คะแนนของผลการดำเนินการแต่ละขั้นตอนหลังสิ้นสุดกระบวนการ TPAR มากกว่าก่อนเริ่มกระบวนการ TPAR ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การพัฒนาเพื่อเป็นชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ก่อนเริ่มกระบวนการ TPAR และหลังสิ้นสุดกระบวนการ TPAR

กระบวนการ TPAR	คะแนนเต็ม	ก่อนเริ่มกระบวนการ	หลังสิ้นสุดกระบวนการ
การสร้างทีมดำเนินงาน (Team)	4	1	4
การวางแผนพัฒนา (Plan)	4	0	4
การดำเนินกิจกรรมการพัฒนา (Activity)	4	0	3
การประเมินผลลัพธ์ (Result)	4	0	3
คะแนนรวม	16	1	14

3.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและ
เฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าของทีมงานและประชาชน พบว่า
หลังเข้าร่วมกระบวนการ TPAR ทีมงานและประชาชนมี
คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและ

เฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการ
TPAR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.885, p < .01$
และ $t = 9.080, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงใน
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า
ของทีมงานและประชาชน ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมกระบวนการ TPAR

ผู้ร่วมวิจัย	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		<i>t</i>	<i>p</i>
	กระบวนการ TPAR		กระบวนการ TPAR			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ทีมงาน (n = 60)	7.58	1.54	8.15	1.51	2.885	.005
ประชาชน (n = 110)	6.72	2.16	9.08	1.12	9.080	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทาง
สุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตาม
แนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้กระบวนการ
TPAR ประกอบด้วย การสร้างทีมดำเนินงาน (Team)
การวางแผนพัฒนา (Plan) การดำเนินกิจกรรมการพัฒนา
(Activity) และการประเมินผลลัพธ์ (Result) เป็นแนวคิด
ที่สามารถนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพบว่า ชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพ
ผ่านกระบวนการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาของชุมชน
โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามขั้นตอนของ
กระบวนการ TPAR โดยเริ่มจากการมีทีมงานสุขภาพ
ระดับตำบล (Team) ที่มาจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ
ได้แก่ ภาครัฐอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ ภาคท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน
สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหาร
ส่วนตำบล และภาคประชาชน ได้แก่ ประธานและสมาชิก
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาจารย์ของ

โรงเรียน การที่ต้องสร้างภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน
เพราะการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ
ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวมนั้น
ทุกภาคส่วนจะช่วยกันค้นหาและกำหนดปัญหาสุขภาพ
กำหนดเป้าหมาย และดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้าน
สุขภาพและมาตรการทางสังคมได้ด้วยตนเอง ด้วย
ความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการ
มีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้กระบวนการ
แก้ไขปัญหาต่างๆ บรรลุความสำเร็จได้อย่างยั่งยืน และ
ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ จากองค์ประกอบข้างต้น
นำไปสู่การสร้างและพัฒนาทีมเครือข่ายสุขภาพตำบล โดย
การกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า
ในชุมชน และกำหนดบทบาทของแต่ละภาคส่วนใน
การทำงานร่วมกัน มีการพูดคุยผ่านเวทีต่างๆ การจัด
ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจ การระดมความคิดเห็น ซึ่ง
บทบาทของทีมงานเป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จของ
การแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยพบว่า ทีมงานมีส่วนสำคัญ
ในการสร้างความร่วมมือของประชาชนและหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้อง และผลักดันการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้
เป็นไปตามแผนที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ

จักรี ศรีจารุเมธีญาณ และพระณัฏ วฑฒโน (2561) ที่พบว่า ผู้นำชุมชนถือว่าเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถที่จะระดมพลและทรัพยากรในด้านต่าง ๆ เพื่อใช้ในการบริหาร การพัฒนา หรือร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อให้การพัฒนานั้นไปสู่จุดมุ่งหมายได้ดียิ่งขึ้น

ในส่วนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล (Plan) มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าของชุมชน มีการร่วมกันจัดทำแผนการแก้ไขปัญหโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จากนั้นมีการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหตามบริบทของชุมชน โดยการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพ (Activity) ซึ่งการดำเนินการของทีมนำในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ พบว่า ทีมนำมีศักยภาพในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ โดยการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย มีการประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้และคำแนะนำตามคู่มือสัตว์เลี้ยงประจำครอบครัว และการบริการวัคซีนสำหรับสัตว์เลี้ยง โดยได้รับความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างดี ทำให้เห็นถึงศักยภาพของทีมนำที่สามารถทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติ กรรภิรมย์, เกวลิน ชื่นเจริญสุข, และจุฑาทิพย์ พิทักษ์ (2560) ที่พบว่า ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นจุดเชื่อมโยงการทำงานกับเครือข่ายต่าง ๆ ทุกภาคส่วนในการทำงานสาธารณสุขแบบบูรณาการ เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีเป้าหมายร่วมกัน มีส่วนร่วมในการวางแผนแบ่งปันทรัพยากร ใช้งบประมาณน้อยลงได้ผลลัพธ์ดีกว่าเดิม ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ มีการบูรณาการเข้าสู่แผนการพัฒนา ระบบบริการในทุกสาขาและทุกระดับที่ชัดเจน รวมทั้งมีการบูรณาการเข้าสู่แผนของท้องถิ่นเพิ่มขึ้น

การดำเนินการตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ก่อให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงาน (Result) คือ ชุมชนสามารถพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า และจัดทำคู่มือสัตว์เลี้ยงประจำครอบครัว มีการบริการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับสัตว์เลี้ยง และการจัดทำฐานข้อมูลสัตว์เลี้ยงของชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหโรคพิษสุนัขบ้าของชุมชนให้

หมดไปในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของธีรวัฒน์ วลัยเสถียร และคณะ (2563) ที่พบว่า ผลจากการใช้รูปแบบการพัฒนาพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า แบบบูรณาการ การมีส่วนร่วมของชุมชนกับโมเดลเชิงตรรกะตามนโยบาย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขพ.) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยผลลัพธ์ระยะสั้น คือ เกิดชุดโครงการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ แผนการเรียนการสอนเรื่อง โรคพิษสุนัขบ้า โปรแกรมการจัดการฐานข้อมูลสัตว์ สือหมอลำ 5 ข. และคู่มือของข้อมูลผู้สัมผัส ร.36 และสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยกาญจน์ ยางศรี, สงครามชัย ลีทองดี, และจมาภรณ์ ใจภักดี (2560) ที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน เพื่อให้เป็นเขตพื้นที่ปลอดโรค คือ การมีส่วนร่วม การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย การประสานงาน และการดำเนินการอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณ ภาณุรักษ์, ศศิกานต์ ไพลกลาง, และฐนกร ศรีธราพิพัฒน์ (2563) ที่พบว่า การพัฒนาการดำเนินงานสร้างเขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ได้สร้างความตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบต่อพื้นที่ ทำให้เห็นความสำคัญที่จะเกิดประโยชน์ในชุมชน มีการจัดการชุมชนด้วยชุมชนเอง ประสานงานองค์กรหลักในภาครัฐ และบูรณาการเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกัน

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมกระบวนการ TPAR ทีมนำและประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพ ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการ TPAR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากมีกิจกรรมการให้ความรู้และคำแนะนำตามคู่มือแนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า และคู่มือสัตว์เลี้ยงประจำครอบครัว รวมทั้งทีมนำมีกิจกรรมการลงพื้นที่ไปให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า การใช้คู่มือสัตว์เลี้ยงประจำครอบครัว และฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่สัตว์เลี้ยงในชุมชน อันเป็นการพัฒนาความรู้สู่การปฏิบัติในสถานการณ์

จริง จึงทำให้เกิดความเข้าใจ และสามารถประยุกต์ความรู้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ริววัฒน์ วลัยเสถียร และคณะ (2563) ที่พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า แบบบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนกับโมเดลเชิงตรรกะตามนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พทพ.) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ด้านทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า และด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทกานต์ วลัยเสถียร และเบญจมาศ อุไรรัตน์ (2563) ที่พบว่า แกนนำชุมชนในพื้นที่ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการดำเนินการ ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าทีมนำ ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นตัวแทนนักเรียนที่มีอายุอยู่ในช่วง 13-18 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่น อันเป็นช่วงวัยที่มีการเรียนรู้ การสังเกต การคิดเชิงนามธรรม และมีจินตนาการที่ดีที่สุด ทำให้มีความสามารถในการเรียนรู้และการจดจำมากกว่าทีมนำซึ่งส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี ที่ความสามารถในการจดจำน้อยกว่า จึงทำให้ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพฯ สูงกว่าทีมนำ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชนในพื้นที่อื่นควรนำแนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวัง

โรคพิษสุนัขบ้าไปใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อันก่อให้เกิดเครือข่ายการเรียนรู้ที่กว้างขวาง เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า ช่วยพัฒนาให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับตำบล สู่ความเป็นชุมชนสร้างสุขปลอดโรคพิษสุนัขบ้าได้ในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลในระยะยาวของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

2.2 ควรมีการศึกษาโดยนำแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการแก้ไขปัญหาอื่นๆ ของชุมชน เช่น ปัญหาการใช้สารเสพติดของนักเรียนวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *โรคพิษสุนัขบ้า*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/th/site/newsview/view/669>
- กรรณิกา ภาณุรักษ์, ศศิกันต์ ไพลกลาง, และฐนกร ศรีธรรมพัฒน์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนแบบมีส่วนร่วม เทศบาลตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(1), 67-78.
- กลุ่มส่งเสริมสวัสดิการสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2560). *เกณฑ์การประเมินผลตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ปี 2561*. สืบค้นจาก <https://www.thaiphc.net/thai-phcweb/uploads/content/636/5a53331557226.pdf>

- กานต์ชัยพิไลฐ คงเสถียรพงษ์, และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2564). คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: ความท้าทายและการพัฒนา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 13(2), 275–286.
- กิตติ กรภิรมย์, เกวลิน ชื่นเจริญสุข, และจุฑาทิพย์ พิทักษ์. (2560). ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยภายหลัง 5 ปี ด้วยการขับเคลื่อนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ. *พุทธชินราชเวชสาร*, 34(3), 294–306.
- จักรี ศรีจารุเมธีญาณ, และพระถนัด วาฑฒโน. (2561). ภาวะผู้นำกับการพัฒนาชุมชน. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 6(พิเศษ), 527–538.
- จันทกานต์ วลัยเสถียร, และเบญจมาศ อุนรัตน์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 27(1), 86–95.
- ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร, บุญทนากร พรหมกักดี, จุลจิลา หินจำปา, คณยศ ชัยอาจ, และกิตติศักดิ์ สีสด. (2563). รูปแบบการพัฒนาพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า แบบบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนกับโมเดลเชิงตรรกะตามนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พพพ.): องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 27(3), 111–132.
- พชรดนัย วัชรธนพัฒน์ธาดา. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืนในการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการของจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 7(2), 392–406.
- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. (2561, 9 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง. หน้า 1–7. สืบค้นจาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF>
- สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. (2563). *โรคพิษสุนัขบ้า*. สืบค้นจาก <http://pvloctr.dld.go.th/webnew/index.php/th/>
- หทัยกาญจน์ ยางศรี, สงครามชัย ลีทองดี, และจมาภรณ์ ใจภักดี. (2560). รูปแบบการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน เพื่อให้เป็นเขตพื้นที่ปลอดโรค อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(2), 86–95.
- World Health Organization. (2021). *Rabies*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rabies>

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยงของ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของ การตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์*

Pregnancy-related Anxiety, Risk Knowledge of Gestational Diabetes Mellitus, and Perception of Pregnancy Risk among Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus *

ณัฐพัชร การ์ณยศิลป์, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Natthapat Karanyasin, M.N.S. (Midwifery)¹

ฉวี เบาทรวง, พย.ด. (การพยาบาล)²

นันทพร แสนศิริพันธ์, พย.ด. (การพยาบาล)³

Chavee Baosoung, Ph.D. (Nursing)²

Nantaporn Sansiriphun, Ph.D. (Nursing)³

Received: January 21, 2022

Revised: April 19, 2022

Accepted: April 22, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์และความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รวมจำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสอบถาม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น .81 และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น .88 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง ($M = 309.46$, $SD = 136.93$) และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .337$, $p < .01$ และ $r = .219$, $p < .05$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่ตรงตามความเป็นจริง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ยอมรับและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะเสี่ยง

คำสำคัญ: การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Abstract

This descriptive correlational research aimed to explore the perception of pregnancy risk and the relationships among pregnancy-related anxiety and risk knowledge of gestational diabetes mellitus (GDM) with perception of pregnancy risk among pregnant women with GDM. The samples were 85 pregnant women with GDM who received the antenatal care at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and Chiang Mai Health Promotion Center Region 1 Hospital. The research instruments consisted of the demographic questionnaire, the pregnancy-related anxiety questionnaire with reliability as .80, the risk knowledge of GDM questionnaire with reliability as .81, and the perception of pregnancy risk questionnaire with reliability as .88. Data were collected from March to June, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that the mean score of perception of pregnancy risk among pregnant women with GDM was at a moderate level ($M = 309.46$, $SD = 136.93$). Pregnancy-related anxiety and risk knowledge of GDM were positively statistically significantly related to perception of pregnancy risk among pregnant women with GDM ($r = .337$, $p < .01$ and $r = .219$, $p < .05$, respectively).

This research suggests that the nurse-midwives should assess pregnancy-related anxiety, risk knowledge of GDM, and perception of pregnancy risk among pregnant women with GDM. As these data should be used to promote the factual perception of pregnancy risk. This will help pregnant women accept and practice the preventive health behavior.

Keywords: Perception of pregnancy risk, Pregnancy-related anxiety, Risk knowledge of gestational diabetes mellitus, Gestational diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus [GDM]) หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องใน ความทนต่อกลูโคสที่เกิดขึ้นหรือวินิจฉัยได้เป็นครั้งแรก ในขณะตั้งครรภ์ (American Diabetes Association, 2019) ภาวะ GDM มีความสำคัญเนื่องจากเพิ่มความเสี่ยง ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของสตรีและทารกทั้งในระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และในอนาคต ซึ่ง ประเทศในเอเชียพบความชุกโดยรวมของการเกิดภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์เฉลี่ยร้อยละ 11.50 ของการตั้งครรภ์ ทั้งหมด และประเทศไทยพบร้อยละ 17.10 (Lee et al., 2018)

การที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติในขณะ ตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การควบคุมเบาหวานยากขึ้น เนื่องจากภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยง ตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น ภาวะติดเชื้อที่อาจรุนแรงกว่าปกติ ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดยาก การบาดเจ็บของ ช่องทางคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด การผ่าตัดคลอด และการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต สำหรับ ผลกระทบต่อสุขภาพของทารก ได้แก่ เพิ่มความเสี่ยงต่อ การบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากทารกตัวโต ภาวะน้ำตาล ในเลือดต่ำแรกเกิด ภาวะเลือดข้นและเลือดหนืด ภาวะ หายใจลำบาก ภาวะขาดออกซิเจน ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ภาวะตัวเหลือง และความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคเบาหวาน ในอนาคต (American College of Obstetricians and

Gynecologists, 2018; Cunningham et al., 2014)

การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน (preventive health behaviors) มีความสำคัญในการลดโอกาสเกิด ภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ โดยสตรี ตั้งครรภ์จะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองและ ทารกในครรภ์ตามการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ต่อความรุนแรง ของภาวะเสี่ยงนั้น (Heaman, Gupton, & Gregory, 2004) จากผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในสตรี ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของสตรีในการดูแล ตนเองในระยะตั้งครรภ์ และมีอิทธิพลต่อความตั้งใจของ สตรีในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน (Lee, Ayers, & Holden, 2012) และการศึกษาแบบผสมผสานในสตรี ที่มีประวัติเป็น GDM พบว่า สตรีที่มีความรู้เกี่ยวกับ GDM และมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนิน ชีวิตประจำวันในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน (Jones et al., 2012) อีกทั้งการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติ เป็น GDM ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา และขณะที่ศึกษาไม่เป็น โรคเบาหวาน พบว่า สตรีที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับปานกลางและระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน การเกิดโรคเบาหวาน (Kim et al., 2007)

จากการทบทวนงานวิจัยการสังเคราะห์ประเด็น (thematic synthesis) การรับรู้ภาวะเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์ ที่มีโรคเรื้อรัง สรุปได้ว่า สตรีปฏิบัติพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ ตามข้อมูลความเสี่ยงหรือความรู้ที่ได้รับจากบุคลากร

สุขภาพ และตามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่สตรีต้องเกิดการรับรู้ภาวะเสี่ยง ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ซึ่งจะส่งผลให้สตรีสามารถ ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง (Ralston, Smith, Chilcot, Silverio, & Bramham, 2021) นอกจากนี้ การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์อายุมากพบว่า ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อายุมากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (Bayrampour, Heaman, Duncan, & Tough, 2012) ส่วนการศึกษา ในสตรีที่ยังไม่เคยคลอดบุตรพบว่า ความวิตกกังวล เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุดของ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (Bayrampour, Heaman, Duncan, & Tough, 2013) ดังนั้น ในกลุ่ม สตรีที่เป็น GDM ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะ GDM อาจมีความสัมพันธ์ กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (perception of pregnancy risk) เป็นความคิด ความรู้สึก และ ความตระหนักของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิด อันตรายและผลกระทบของการตั้งครรภ์ต่อสุขภาพของ สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ต่อโอกาสเกิดภาวะเสี่ยง ต่อการตกเลือด การผ่าตัดคลอด การเสียชีวิตระหว่าง ตั้งครรภ์ และโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงที่ทารกจะคลอดก่อน กำหนด มีความพิการแต่กำเนิด ต้องเข้าไปอยู่ในหน่วย ดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต และทารกเสียชีวิต (Heaman & Gupton, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาพลักษณ์ต่อตนเอง ภาวะสุขภาพ ประวัติทางสุขภาพ (Heaman et al., 2004) ความเสี่ยงด้านชีวการแพทย์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Headley & Harrigan, 2009) อายุของสตรีตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ความวิตกกังวล เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (Bayrampour et al., 2013) และ ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อายุมาก (Bayrampour et al., 2012)

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (pregnancy-

related anxiety) เป็นความรู้สึกกังวลใจและความหวั่งกังวล ของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง สุขภาพ ของทารกในครรภ์ การตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูทารก (Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa, & Sandman, 1999) จากการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ยัง ไม่เคยคลอดบุตร ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มสตรีอายุต่ำกว่า 18 ปี และกลุ่มสตรีอายุ 18-35 ปี พบว่า ความวิตกกังวล เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยง ของการตั้งครรภ์ (Taghizadeh, Cheraghi, Kazemnejad, Pooralajal, & Aghababaei, 2017)

ความรู้ภาวะเสี่ยง (risk knowledge) ของภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์ เกี่ยวกับข้อมูลภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรี ตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะ หลังคลอด ประกอบด้วยข้อมูลความรู้ภาวะเสี่ยงของ GDM ต่อสตรี ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การติดเชื้อ ความดันโลหิตสูง ภาวะคลอดยาก การบาดเจ็บของ ช่องทางคลอด การตกเลือดหลังคลอด และการเป็น โรคเบาหวานในอนาคต และข้อมูลความรู้ภาวะเสี่ยงของ GDM ต่อทารก ได้แก่ ภาวะทารกตัวโต การบาดเจ็บจาก การคลอดยาก ภาวะหายใจลำบาก ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด ภาวะตัวเหลืองผิดปกติ การเสียชีวิต และการเป็นโรคอ้วนและโรคเบาหวานใน อนาคต ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเสี่ยงที่ได้รับ จากบุคลากรสุขภาพและความรู้จากประสบการณ์มีอิทธิพล ต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยง และความรู้เป็นปัจจัยสำคัญใน การส่งเสริมให้สตรีที่มีประวัติเป็น GDM มีการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (Kim et al., 2007)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยง ของการตั้งครรภ์ พบว่าเป็นงานวิจัยในต่างประเทศ และ เป็นการศึกษาค้นคว้าที่การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้

ภาวะเสี่ยง กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พบเพียง การศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็น GDM และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความวิตกกังวล เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงของ GDM ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนให้ เกิดผลในการส่งเสริมการรับรู้ภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ ได้ เพื่อผลในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและลด โอกาสเกิดภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ทั้งต่อสตรีและ ทารก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของ การตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

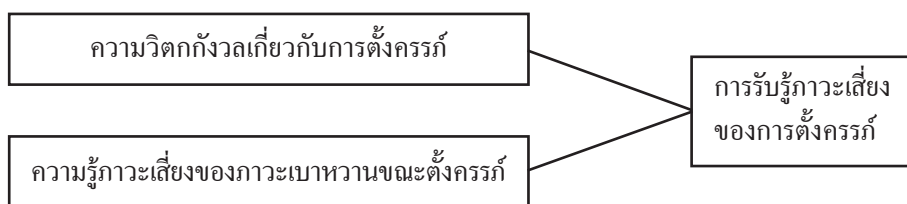
สมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้

ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรี ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการรับรู้ภาวะเสี่ยง ของการตั้งครรภ์ ของ Heaman and Gupton (2009) ที่อธิบายว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เป็น ความคิด ความรู้สึก และความตระหนักรู้ของสตรีตั้งครรภ์ เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดอันตรายหรือผลกระทบของ การตั้งครรภ์ต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกใน ครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของ การตั้งครรภ์จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ความวิตก กังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงของ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยความวิตกกังวลเกี่ยวกับการ ตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ น่าจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยง ของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดควบคุมระดับน้ำตาลด้วยอาหาร ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (ทั้ง 2 แห่ง มีแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น GDM ตามมาตรฐานไม่แตกต่างกัน) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกรandomized คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์ 28–41 สัปดาห์ 3) ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความสัมพันธ์ตามอำนาจการทดสอบทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (Polit & Beck, 2017)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความพึงพอใจของรายได้ ลักษณะครอบครัว อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร และประวัติการมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ของปีนอนงค์ พิมพ์สุวรรณ, จวี เบาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2563) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Rini et al. (1999) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด สุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

จากคะแนน 1–4 ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง และมาก และส่วนที่ 2 ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด สุขภาพของทารก และการเลี้ยงดูทารก จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ได้แก่ ไม่เคยเลย บางครั้ง เป็นเวลาส่วนใหญ่ และเกือบตลอดเวลา ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในระดับต่ำ (1–13.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (13.34–26.66 คะแนน) และในระดับสูง (26.67–40.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความรู้ภาวะเสี่ยง ของ Tough et al. (2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อสตรี และภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อทารก รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกต้อง ผิด หรือไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิดหรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ภาวะเสี่ยงในระดับต่ำ (0–5 คะแนน) ในระดับปานกลาง (6–10 คะแนน) และในระดับสูง (11–15 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ของ Heaman and Gupton (2009) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยอัญชลี จิตรภิมมย์, จันทวรรณ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (2557) ครอบคลุมการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ต่อสตรี และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ต่อทารก รวมจำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดด้วยสายตา (visual analogue scale) เป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร มีค่าคะแนน 0–100 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงในระดับต่ำ (0–300 คะแนน) ในระดับปานกลาง (301–600 คะแนน) และในระดับสูง (601–900 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ (2 คน) และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ แบบสอบถามความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวล และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยง ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80 และ .88 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้ภาวะเสี่ยง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 008/2020 วันที่ 24 มกราคม 2563) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 074/2563 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 14/2563 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนิน

การวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการตรวจและพบแพทย์ หรือขณะรอการติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 20-30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ข้อมูลความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และข้อมูลการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.53 โดยมีอายุเฉลี่ย 31.50 ปี ($SD = 5.17$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 94.12 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 60 มีอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง/เกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.47 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.94 ส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 85.88 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ

61.18 มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 28–32 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 63.53 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 2–5 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.12 จำนวนบุตรอยู่ในช่วง 1–3 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.71 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 81.17

2. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง ($M = 23.55, SD = 2.75$)

3. ความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง ($M = 9.01, SD = 3.71$)

4. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง ($M = 309.46, SD = 136.93$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กับ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .337, p < .01$ และ $r = .219, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กับ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ ($n = 85$)

ตัวแปร	การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	
	r	p
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	.337	.002
ความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	.219	.044

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์หลัง โดยเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2–5 ร้อยละ 54.12 ซึ่งจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ กล่าวคือ

สตรีที่เคยผ่านประสบการณ์การคลอดมาแล้วจะมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ต่ำกว่าสตรีที่ไม่เคยผ่านประสบการณ์การคลอด (Headley & Harrigan, 2009) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 28–37 สัปดาห์ คือ อยู่ในไตรมาสที่ 3 ซึ่งพบว่า สตรีที่การตั้งครรภ์ดำเนินมาถึงไตรมาสที่ 3 โดยที่สุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ดี จะมีระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ต่ำกว่าสตรีที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 (Bayrampour et al., 2013)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 81.17) ซึ่งพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติการมีภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ก่อน เช่น การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มากกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติการมีภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ก่อน (Heaman et al., 2004) ด้วยเหตุผลข้างต้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ (2557) ที่พบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เกี่ยวกับโอกาสเกิดอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์เพิ่มขึ้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (Bayrampour et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Taghizadeh et al. (2017) ที่พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ทั้งในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยผู้ใหญ่

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างจัดเป็นสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง จึงได้รับความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ภาวะเสี่ยง และการป้องกันภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน จากบุคลากรสุขภาพตามมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างจึงมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงหรือ

ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ซึ่งข้อมูลหรือความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ (Headley & Harrigan, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bayrampour et al. (2012) ที่พบว่า ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อายุมากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่ตรงตามความเป็นจริง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ยอมรับและปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการภาวะเสี่ยง ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงทั้งของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- ปิ่นอนงค์ พิมพ์สุวรรณ, จวี เบาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2563). ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยง และการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก. *พยาบาลสาร*, 47(3), 50-60.
- อัญชลี จิตราภิรมย์, จันทวรรณ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (2557). การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้สึกไม่แน่นอน และความเครียดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*, 41(1), 50-61.

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics and Gynecology*, 131(2), 49–64. doi:10.1097/AOG.0000000000002501
- American Diabetes Association. (2019). 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes–2019. *Diabetes Care*, 42(Suppl. 1), 13–28. doi:10.2337/dc19-S002
- Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D. A., Benzies, K., MacQueen, G., & Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115–130. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023
- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012). Comparison of perception of pregnancy risk of nulliparous women of advanced maternal age and younger age. *Journal of Midwifery & Woman's Health*, 57(5), 445–453. doi:10.1111/j.1542-2011.2012.00188.x
- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2013). Predictors of perception of pregnancy risk among nulliparous women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(4), 416–427. doi:10.1111/1552-6909.12215
- Cunningham, F. G., Levono, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., ... & Sheffield, J. S. (2014). *Williams Obstetrics* (24th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Headley, A. J., & Harrigan, J. (2009). Using the Pregnancy Perception of Risk Questionnaire to assess health care literacy gaps in maternal perception of prenatal risk. *Journal of the National Medical Association*, 101(10), 1041–1045. doi:10.1016/s0027-9684(15)31071-3
- Heaman, M., Gupton, A., & Gregory, D. (2004). Factors influencing pregnant women's perceptions of risk. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29(2), 111–116. doi:10.1097/00005721-200403000-00010
- Heaman, M. I., & Gupton, A. L. (2009). Psychometric testing of the Perception of Pregnancy Risk Questionnaire. *Research in Nursing & Health*, 32(5), 493–503. doi:10.1002/nur.20342
- Jones, E. J., Appel, S. J., Eaves, Y. D., Moneyham, L., Oster, R. A., & Ovalle, F. (2012). Cardiometabolic risk, knowledge, risk perception, and self-efficacy among American Indian women with previous gestational diabetes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 41(2), 246–257. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01339.x
- Kim, C., McEwen, L. N., Piette, J. D., Goewey, J., Ferrara, A., & Walker, E. A. (2007). Risk perception for diabetes among women with histories of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 30(9), 2281–2286. doi:10.2337/dc07-0618

- Lee, K. W., Ching, S. M., Ramachandran, V., Yee, A., Hoo, F. K., Chia, Y. C., ... & Veettil, S. K. (2018). Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 494. doi:10.1186/s12884-018-2131-4
- Lee, S., Ayers, S., & Holden, D. (2012). Risk perception of women during high risk pregnancy: A systematic review. *Health, Risk & Society*, 14(6), 511–531. doi:10.1080/13698575.2012.701277
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Ralston, E. R., Smith, P., Chilcot, J., Silverio, S. A., & Bramham, K. (2021). Perceptions of risk in pregnancy with chronic disease: A systematic review and thematic synthesis. *PLoS One*, 16(7), e0254956. doi:10.1371/journal.pone.0254956
- Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18(4), 333–345. doi:10.1037/0278-6133.18.4.333
- Taghizadeh, Z., Cheraghi, M. A., Kazemnejad, A., Pooralajal, J., & Aghababaei, S. (2017). Difference in perception of pregnancy risk in two maternal age groups. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(5), 9–12. doi:10.7860/JCDR/2017/23661.9915
- Tough, S., Benzies, K., Newburn-Cook, C., Tofflemire, K., Fraser-Lee, N., Faber, A., & Sauve, R. (2006). What do women know about the risks of delayed childbearing?. *Canadian Journal of Public Health*, 97(4), 330–334. doi:10.1007/BF03405615

การพัฒนาและการศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเอง เพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและ มีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก The Development and the Study of Effect of Self-management Model to Reduce Obesity in Obese Nursing Students with Failed Weight-loss Experience

สรชา วานิชมนตรี, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Soracha Wanichmontri, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

บุศริน เอียวสีหยุก, Ph.D. (Nursing) ²

Busarin Eiu-Seeyok, Ph.D. (Nursing) ²

Received: May 11, 2022

Revised: June 9, 2022

Accepted: June 13, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเอง เพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก ชั้นปีที่ 2-3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ดำเนินการ 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ประเมินความอ้วนและ ประสบการณ์ในการลดความอ้วนในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง เพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาล ระยะที่ 3 ทดลองความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง เพื่อลดความอ้วนในกลุ่มทดลอง จำนวน 13 คน ระยะที่ 4 ปรับปรุงและทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเอง เพื่อลดความอ้วน และระยะที่ 5 ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการจัดการตนเอง เพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก

^{1,2} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,2} Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: busarin@pnc.ac.th

คู่มือบันทึกการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วน แบบประเมินความอ้วน เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัด คาลิเปอร์ และแบบสัมภาษณ์กิจโครงสร้าง ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ประเด็นหลัก สถิติ Mann-Whitney U Test, Wilcoxon signed-rank test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ได้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน และมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก มีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การจัดการด้านอาหาร การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การนอนหลับ และการจัดการความเครียด 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยรอบเอว และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมัน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ 3) กลุ่มทดลองมีผลสำเร็จของการลดความอ้วนในส่วนน้ำหนักและเปอร์เซ็นต์ไขมันมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพและผู้บริหารการศึกษาควรนำรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนนี้ไปใช้กับนักศึกษาที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก โดยมุ่งเน้นที่การมีวินัยในตนเอง มีกลยุทธ์ในการปรับพฤติกรรม และมีการติดตามความอ้วนด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการลดความอ้วนหรือควบคุมน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการตนเอง ภาวะอ้วน การลดความอ้วน
ประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก

Abstract

This research and development aimed to develop and study the effect of self-management model to reduce obesity in obese nursing students with failed weight-loss experience. The samples were second- and third-year obese nursing students with failed weight-loss experience of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. The research was divided into five phases: Phase 1 assessed obesity and weight loss experience with a sample of 25 people. Phase 2 developed a self-management model to reduce obesity in obese nursing students with failed weight-loss experience. Phase 3 tested a feasibility of using self-management model to reduce obesity with an experimental group of 13 people. Phase 4 improved and tried-out the self-management model to reduce obesity, and phase 5 evaluated the use of the self-management model to reduce obesity with an experimental group of ten people and a control group of 12 people. The research instruments consisted of the self-management model to reduce obesity in obese nursing students with failed weight-loss experience, the self-management manual for weight loss, the obesity assessment form, weight scale, tape measure, caliper, and the semi-structured interview form. The implementation and

data collection were conducted from March, 2019 to February, 2020. Data were analyzed using thematic analysis, Mann-Whitney U Test, Wilcoxon signed-rank test, and Fisher's exact test.

The research results revealed that 1) the self-management model to reduce obesity in obese nursing students with failed weight-loss experience had been developed. The main components of this model are the management of diet, exercise, activities of daily living, sleep, and stress; 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean of weight, body mass index, waist circumference, and fat percentage than those of before the experiment ($p < .01$); and 3) the experimental group was statistically significantly able to achieve a greater amount of weight loss in terms of weight and fat percentage than those of the control group ($p < .05$).

This research suggests that healthcare personnel and education administrators should adopt this self-management model in college students who are obese and experience weight loss failures by focusing on self-discipline, having behavioral adjustment strategies, and self-monitoring of obesity in order to promote effective and maintain weight loss.

Keywords: Self-management model, Obesity, Weight loss, Failed weight-loss experience

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอ้วนเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่สำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่นับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากรทั่วโลกมีอัตราการเพิ่มของผู้ที่มีภาวะอ้วนอย่างรวดเร็ว World Obesity Federation (2022) คาดว่า ก่อนปี ค.ศ. 2030 ประชากรประมาณหนึ่งพันล้านคนทั่วโลกจะเป็นโรคอ้วน โดย 1 ใน 5 เป็นผู้หญิง และ 1 ใน 7 เป็นผู้ชาย สำหรับประเทศไทยพบว่า คนไทยมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น จากรายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563 พบว่า ร้อยละ 42.40 ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ในเกณฑ์อ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม² ตามเกณฑ์ประชากรชาวเอเชีย) โดยในกลุ่มวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 15–29 ปี) มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ม² ขึ้นไป ร้อยละ 33.90 ในเพศหญิง และร้อยละ 31.60 ในเพศชาย

และเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานสำรวจครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า โรคอ้วนในผู้หญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.80 เป็น 46.40 และในผู้ชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.90 เป็น 37.80 (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรระกเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพแก้ว, 2564) จากการศึกษาพบว่า ภาวะอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคที่มีความผิดปกติของเมตาบอลิซึม (metabolic syndrome) โรคหอบหืด โรคมะเร็ง (Akinyemiju et al., 2018; Krupa-Kotara & Dakowska, 2021; Lopez-Sandoval et al., 2018) รวมถึงทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจและสังคม เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด ขาดความมั่นใจในตนเอง และการถูกรังแก (bully) เพิ่มขึ้น (Hoare et al., 2016; van Vuuren et al., 2019) จึงเห็นได้ว่า ภาวะอ้วนจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

จากอุบัติการณ์และผลกระทบจากภาวะอ้วนที่มี

มากขึ้น ยุทธศาสตร์การจัดการภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนจึงถูกยกระดับเป็นวาระแห่งชาติ โดยเน้นการจัดการเชิงรุก และปรากฏในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมและจัดการภาวะอ้วนหรือการลดน้ำหนักหลากหลายรูปแบบ เช่น การสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ปราณี จันธิมา และสมเกียรติ ศรีธราธิคุณ, 2560) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร (อรรถพงษ์ ชุ่มเขียว, กาญจนา ทองบุญนาท, อุบล ชื่นสำราญ, และณัฐยา ตันตรานนท์, 2562) ซึ่งการศึกษายังจำกัดอยู่ในกลุ่มที่มีความตั้งใจมั่นที่จะลดน้ำหนัก

จากการสำรวจดัชนีมวลกายของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 459 คน พบว่า นักศึกษามีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม.² ซึ่งถือว่า มีภาวะอ้วน จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 นอกจากนี้ นักศึกษาจำนวน 71 คน ใน 81 คนนี้ ยังเป็นนักศึกษาที่เคยมีประสบการณ์การลดน้ำหนักและกลับมาอ้วนซ้ำ ซึ่งนักศึกษากลุ่มนี้ยังไม่ได้รับการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้กลับมาอ้วนซ้ำ แต่มีการศึกษาพบว่า ความอ้วนมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งด้านชีววิทยา พฤติกรรม สังคมและสภาพแวดล้อม (Hall & Kahan, 2018) โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษา ได้แก่นิสัยการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การรับประทานผักน้อย การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา การไม่รับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหารมื้อดึก การขาดการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง การนอนหลับไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพ ความเครียดจากการเรียน โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลที่ต้องมีการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดและเหนื่อยล้า ต้องการการพักผ่อนจึงไม่เคร่งครัดในพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงมีความคิดความเชื่อที่ไม่เห็น

ถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ยุภา โฟผา และคณะ, 2565; อรพินท์ สีขาว และคณะ, 2561) การลดความอ้วนจึงต้องอาศัยความตั้งใจที่จะปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การควบคุมชนิดและปริมาณแคลอรีของอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยเฉพาะการออกกำลังกายเพื่อร่างกายและหัวใจ (cardio exercise) และการออกกำลังกายแบบมีน้ำหนักต้าน (weight training) ทำให้การลดความอ้วนต้องอาศัยระยะเวลานานกว่าจะเห็นผล จึงก่อให้เกิดความท้อแท้ไม่ปฏิบัติตามต่อเนื่อง (วรัณีย์ สีม่วงงาม และอนุชา เพียรชนะ, 2558) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ลดน้ำหนักเกิดความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก

สำหรับนักศึกษาพยาบาล แม้จะเป็นบุคคลที่มีความรู้เรื่องการควบคุมและลดความอ้วน แต่พบว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการควบคุมหรือลดน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของนพรัตน์ มีจินดา, ชมพูนุท สิริพรหมภัทร, และกิริมา แด่อารักษ์ (2563) ที่พบว่า นักศึกษาด้านสาธารณสุขมีความรู้ในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในระดับดี ร้อยละ 53.59 แต่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในระดับปานกลางถึงร้อยละ 93.46 และความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งพฤติกรรมการลดความอ้วนเป็นพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก จำเป็นต้องมีกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจ มีการกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ และสามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อเป้าหมายที่ต้องการ (Hall & Kahan, 2018; Varkevisser, van Stralen, Kroeze, Ket, & Steenhuis, 2019) ซึ่งสิ่งเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ที่เน้นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อการควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วย

ที่มีต่อภาวะสุขภาพ โดยมีลักษณะเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้จริง การเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาประมวลและประเมินเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ การติดตาม ใฝ่ระวัง และประเมินผล และการสะท้อนตนเอง เพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด (ชดช้อย วัฒนะ, 2558; Creer, 2000) จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก เพื่อให้ นักศึกษาสามารถจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนได้สำเร็จ

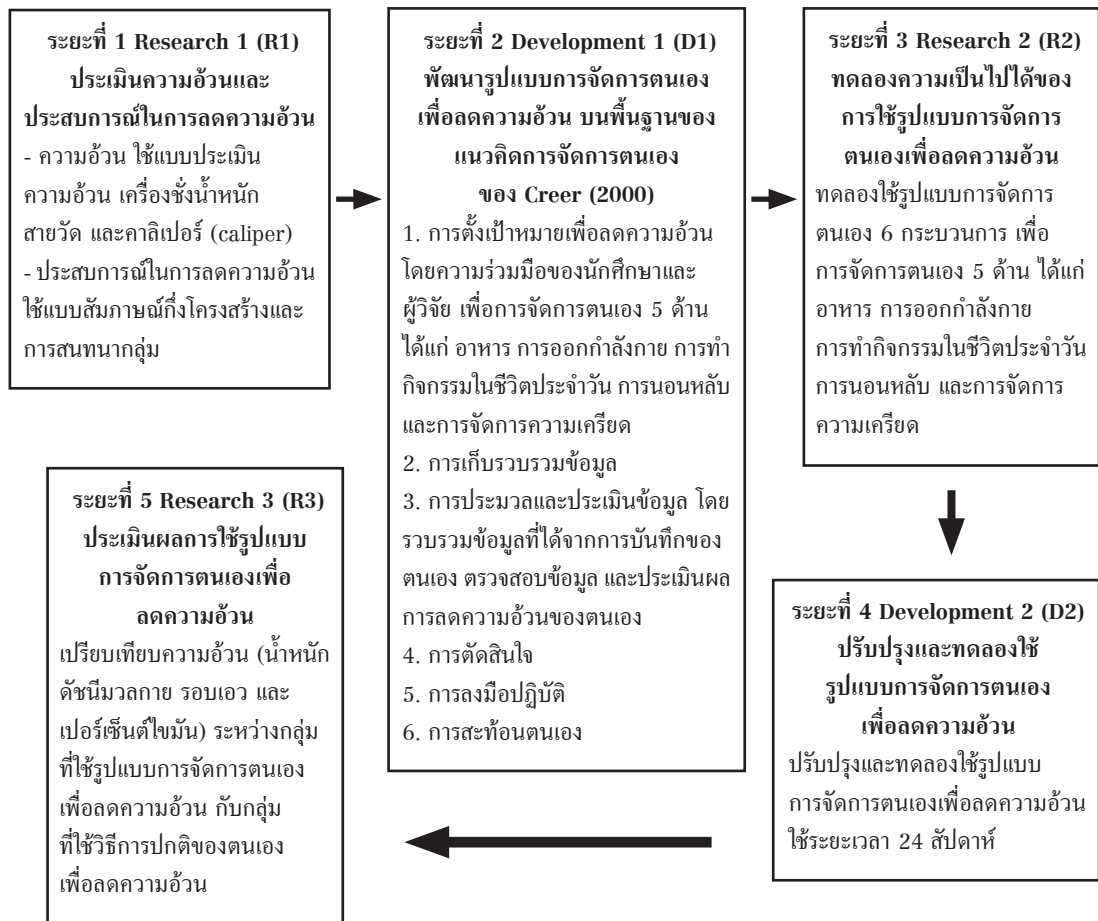
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะอ้วนและประสบการณ์ในการลดความอ้วนของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและ

มีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) เป็นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก โดยแนวคิดนี้เป็นแนวทางหนึ่งที่สนับสนุนให้บุคคลสามารถจัดการกับความอ้วนอย่างเป็นระบบ โดยมีกระบวนการดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย (goal selection) 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (action) และ 6) การสะท้อนตนเอง (self-reaction) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการเรียนรู้และมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมตนเอง โดยเป็นความร่วมมือของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและบุคลากรสุขภาพเพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก ประสบผลสำเร็จในการลดความอ้วน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ประเมินความอ่อนและประสบการณ์ในการลดความอ่อนของนักศึกษาพยาบาล ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ่อนในนักศึกษาพยาบาล ระยะที่ 3 ทดลองความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ่อนในนักศึกษาพยาบาล ระยะที่ 4 ปรับปรุงและทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ่อนในนักศึกษาพยาบาล

และระยะที่ 5 ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ่อนในนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2562 ที่มีภาวะอ่อนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก จำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม.² มีรอบเอวมมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ซม. ในเพศหญิง หรือ 90 ซม. ในเพศชาย หรือมีเปอร์เซ็นต์ไขมันมากกว่าหรือเท่ากับ 29.40 เปอร์เซ็นต์ในเพศหญิง

หรือ 29.70 เปอร์เซนต์ ในเพศชาย 2) มีประสบการณ์ ความล้มเหลวในการลดน้ำหนักอย่างน้อย 1 ครั้ง 3) เรียน ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในปีการศึกษาเดียวกัน 4) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบระยะเวลา และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา ชั้นปีที่ 2 จำนวน 13 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 12 คน รวมจำนวน 25 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตาม ระยะของการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 13 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 12 คน รวมจำนวน 25 คน

ระยะที่ 3-5 เป็นกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 โดยมีเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วม การวิจัยไม่ครบตามเวลาที่กำหนด 2) ใช้ยาลดน้ำหนัก ขณะอยู่ในช่วงดำเนินการ และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย การจับฉลาก ได้นักศึกษาชั้นปีที่ 2 (จำนวน 13 คน) เป็นกลุ่มทดลอง และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 (จำนวน 12 คน) เป็นกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ ในสัปดาห์ที่ 4 ของการวิจัย ระยะที่ 3 กลุ่มทดลองขอดอนตัวจากการวิจัยเนื่องจาก เรียนหนัก จำนวน 3 คน ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ใช้ใน ระยะที่ 2-5 มีดังนี้

1.1 รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วน ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก การศึกษาในระยะที่ 2-3 ประกอบด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมายเพื่อลดความอ้วน โดย ความร่วมมือของนักศึกษาและผู้วิจัย เพื่อการจัดการ ตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย การทำ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน การนอนหลับ และการจัดการ ความเครียด 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวล

และประเมินข้อมูล โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการบันทึก ของตนเอง ตรวจสอบข้อมูล และประเมินผลการลด ความอ้วนของตนเอง 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือ ปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง

1.2 คู่มือบันทึกการจัดการตนเองเพื่อลด ความอ้วน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาในระยะที่ 2-3 ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว สารอาหารที่ได้รับ และการออกกำลังกาย ที่ปฏิบัติในแต่ละวัน/สัปดาห์ รวมถึงแนวทางการจัดการ ตนเองโดยสรุป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1, 3 และ 5: 1) แบบประเมินความอ้วน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับน้ำหนัก (กก.) ดัชนีมวลกาย (กก./ม.²) รอบเอว (ซม.) และ เปอร์เซนต์ไขมัน (เปอร์เซนต์) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ เติมน้ำ และ 2) เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัด และคาลิเปอร์

ระยะที่ 1: แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง ผู้วิจัย สร้างขึ้น ใช้สำหรับศึกษาประสบการณ์ในการลดความอ้วน ประกอบด้วยแนวคำถาม 16 ข้อ ครอบคลุม 7 ประเด็น สำคัญ ได้แก่ 1) ความรู้และประสบการณ์ในการลด ความอ้วนที่ผ่านมา 2) ความรู้สึกเกี่ยวกับความพยายาม ในการลดความอ้วนที่ผ่านมาแล้วไม่สำเร็จ 3) ปัญหาหรือ อุปสรรคและการจัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดความไม่สำเร็จ ของการลดความอ้วนที่ผ่านมา 4) ความรู้สึกเกี่ยวกับ ภาวะอ้วนในปัจจุบัน 5) ประโยชน์จากการลดความอ้วน 6) วิธีที่คิดว่าจะทำให้การลดความอ้วนสำเร็จ และ 7) เป้าหมาย ความคาดหวัง และความมั่นใจต่อการลด ความอ้วนให้สำเร็จ พร้อมเทปบันทึกเสียงและสมุดบันทึก สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วน ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก คู่มือบันทึกการจัดการ ตนเองเพื่อลดความอ้วน แบบประเมินความอ้วน และแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ

ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านรูปแบบการจัดการตนเองและโรคเรื้อรัง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การกีฬา และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาบำบัด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90, .96, 1 และ .90 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 016 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2562 โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (จำนวน 25 คน) ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นชั่งน้ำหนักให้กลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอวโดยใช้สายวัด และวัดเปอร์เซ็นต์ไขมันโดยใช้คาลิเปอร์ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกค่าต่างๆ ในแบบประเมินความอ้วน และดำเนินการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 2-4 คน (ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง) เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการลดความอ้วน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 30-72 นาที

ระยะที่ 2 (D1) ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2562 โดยผู้วิจัยพัฒนารูปแบบ

การจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) เป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมายในการลดความอ้วน 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการลดความอ้วน 3) การประมวลและประเมินข้อมูล โดยการตรวจสอบภาวะอ้วน การประเมินการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ และพิจารณาปัจจัยที่ทำให้สำเร็จและเป็นอุปสรรคต่อการลดความอ้วน 4) การตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลที่ได้รวบรวมได้ ประมวลผลและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับภาวะอ้วน 5) การลงมือปฏิบัติ คือ การปฏิบัติกิจกรรมในการลดความอ้วนตามแผนระยะสั้นและระยะยาวที่วางไว้ และ 6) การสะท้อนตนเองเกี่ยวกับการลดความอ้วน ซึ่งรายละเอียดต่างๆ จะกล่าวถึงในผลการวิจัยข้อ 2

ระยะที่ 3 (R2) ดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2562 โดยผู้วิจัยทดลองความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาล ตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการชั่งน้ำหนักให้แต่ละคนโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอวโดยใช้สายวัด และวัดเปอร์เซ็นต์ไขมันโดยใช้คาลิเปอร์ แล้วให้บันทึกค่าต่างๆ ในแบบประเมินความอ้วน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาคนละประมาณ 5 นาที

3.2 ผู้วิจัยให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยาย และให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการลดความอ้วน ได้แก่ 1) อาหาร ประกอบด้วย การคำนวณ total daily energy expenditure (TDEE) เป็นรายบุคคล การกำหนดสัดส่วนอาหารในการลดความอ้วนของแต่ละคน และการดูฉลากโภชนาการ 2) การออกกำลังกาย ประกอบด้วย การออกกำลังกายเพื่อร่างกายและหัวใจ การออกกำลังกายแบบมีน้ำหนักต้านแบบทั่วร่างกาย และความเข้มข้นของการออกกำลังกาย

3) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 4) การนอนหลับ และ 5) การจัดการความเครียด รวมทั้งอธิบายถึงวิธีการชั่งน้ำหนัก การวัดรอบเอว และการวัดเปอร์เซ็นต์ไขมันที่ถูกต้อง และการบันทึกค่าต่าง ๆ

3.3 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มควบคุมใช้วิธีการปกติของตนเองเพื่อลดความอ้วน และขอคำแนะนำเพื่อชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และวัดเปอร์เซ็นต์ไขมัน ในสัปดาห์ที่ 8, 16 และ 24

3.4 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาล เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการตนเองด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 4 (D2) ดำเนินการในช่วงเดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 โดยผู้วิจัยปรับปรุงและทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลกับกลุ่มทดลอง ตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมรายละเอียดในรูปแบบการจัดการตนเองฯ ในหัวข้อการทบทวนแรงจูงใจและเป้าหมายในการลดความอ้วน โดยในแต่ละครั้งของการนัดหมายครั้งใหม่ จะมีการทบทวนแรงจูงใจและเป้าหมายในการลดความอ้วน โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายระยะสั้นที่ตั้งไว้ และร่วมกันปรับเป้าหมายให้เหมาะสมกับแต่ละคนในช่วงสัปดาห์ที่เหลือ โดยในสัปดาห์ที่ 24 ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายของการนัดหมาย ได้เพิ่มเติมการประเมินผลการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนตลอดกระบวนการของแต่ละคน สรุปปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความสำเร็จและอุปสรรคต่อการลดความอ้วน วิธีการเผชิญปัญหาและการตัดสินใจแก้ปัญหา และแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยตนเองต่อไป

4.2 ผู้วิจัยดูแลให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และวัดเปอร์เซ็นต์ไขมัน ในสัปดาห์ที่ 8 และ 16 แล้วให้บันทึกค่าต่าง ๆ ในแบบประเมินความอ้วน

4.3 กลุ่มทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเองฯ จนครบตามระยะเวลาที่กำหนด คือ 24 สัปดาห์

ระยะที่ 5 (R3) ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 โดยผู้วิจัยประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาล โดยดูแลให้กลุ่มทดลองชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และวัดเปอร์เซ็นต์ไขมัน แล้วให้บันทึกค่าต่าง ๆ ในแบบประเมินความอ้วนหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาคนละประมาณ 5 นาที จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมผู้วิจัยดูแลให้ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และวัดเปอร์เซ็นต์ไขมัน แล้วให้บันทึกค่าต่าง ๆ ในแบบประเมินความอ้วน (ในสัปดาห์ที่ 24)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ประเด็นหลัก (thematic analysis) โดยใช้วิธีการแบบอุปนัย (inductive approach) เริ่มจากการถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของเนื้อหาแบบคำต่อคำ (verbatim) อ่านบทสัมภาษณ์ซ้ำ ๆ เพื่อทำความเข้าใจเรื่องราวทั้งหมด อ่านบททวนข้อความหรือกลุ่มคำที่มีความสำคัญแบบคำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด ใส่รหัสข้อความ (coding) จากนั้นดึงความหมายจากกลุ่มรหัสข้อความที่มีความใกล้เคียง เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน มาจัดกลุ่มตั้งประเด็นย่อย (categories) หาความสัมพันธ์ของประเด็นย่อยที่ได้พัฒนา ตั้งเป็นประเด็นหลัก (themes) (ชาย โพธิสิตา, 2564) การเปรียบเทียบความอ้วนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test การเปรียบเทียบความอ้วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ส่วนการเปรียบเทียบผลสำเร็จของการลดความอ้วนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

1. ผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ในการลดความอ้วนของนักศึกษาพยาบาล พบประเด็นหลัก 3 ประเด็น ที่ใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลดังนี้

1.1 สาเหตุของภาวะอ้วน หมายถึง สาเหตุที่ส่งผลหรือมีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะอ้วน โดยทำให้มีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลและอาหารเพิ่มขึ้น และทำให้ไม่ออกกำลังกาย ได้แก่ การทำงานและนอนดึกจากการเรียน ความเครียดจากการเรียนหรือการฝึกภาคปฏิบัติ การไม่ได้รับประทานอาหารเช้า การดื่มน้ำน้อยระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติ และความเหนื่อยล้าจากการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูล (นามสมมติ)

“หนูก็รู้สึกราววันนี้เหนื่อยจังเลย เรียนเหนื่อยจังเลย อยากกินเป๊ปซี่ค่ะ ปล่อยตัวเองให้กิน เริ่มกลับมากินหมูกระทะ เพราะเหมือนพอเราได้กินแล้วมันมีความสุข เพราะว่าเหมือนเรียนแล้วเครียดแล้วก็พยายามหาความสุขให้ตัวเองด้วยการกิน” (เอ๊ะ)

“ช่วงนี้เป็นช่วงทำงานเยอะมากทั้งงานกลุ่มงานเดี่ยว เช่น เรียนเสร็จ 4 โมง ก็ต้องมานัดกับเพื่อนทำงานถึง 4 ทุ่ม ลากยาวถึงเที่ยงคืน วันไหนเหนื่อยก็พักไปเลย ไม่ได้ออกกำลังกาย” (นิว)

1.2 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความอ้วน หมายถึง ปัจจัยภายในและภายนอกของผู้ที่มีภาวะอ้วนที่ทำให้เกิดพฤติกรรมทางลบต่อการจัดการตนเองในการลดความอ้วน หรือทำให้จัดการกับความอ้วนไม่สำเร็จโดยปัจจัยภายใน ได้แก่ การขาดวินัย โดยเฉพาะการผัดวันประกันพรุ่ง หรือความคิดที่ว่า ขึ้นได้เดี๋ยวก็ลดได้ ความผิดหวังจากความพยายามในการลดน้ำหนัก การปฏิเสธเพื่อนไม่เป็น การรับประทานอาหารเช้าและนอนไม่เป็นเวลา ความเครียด ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ เพื่อนชวนรับประทานอาหารเช้าหรือรองท้องไม่เหมาะสมกับการออกกำลังกาย ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูล (นามสมมติ)

“จริง ๆ เราก็รู้ว่าเราต้องคุมอาหารเพราะลดน้ำหนักอยู่ เพื่อนก็มาชวนกินบุฟเฟต์ แล้วเราก็ไม่กล้าปฏิเสธเพื่อน แล้วเวลากินบุฟเฟต์ เรากินได้ไม่อั้นใช้ไหมคะ แล้วอาหารที่อร่อยก็เป็นพวกบั้งย่าง พวกหมูสามชั้น... เวลากินก็จะกินพวกเนื้อสัตว์เยอะ...ไม่ค่อยกินผัก” (ปิง)

1.3 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของการลดความอ้วน หมายถึง ปัจจัยภายในและภายนอกที่ผลักดันหรือทำให้เกิดพฤติกรรมทางบวกต่อการลดความอ้วน ทำให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง หรือมีการตั้งเป้าหมายที่มากกว่าความสามารถของตนเองของผู้ที่มีภาวะอ้วน ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจในตนเอง (เช่น ความต้องการมีสุขภาพดี มีรูปร่างและบุคลิกภาพดี การมีมิตรภาพที่ดี และความต้องการการเปลี่ยนแปลงในตนเอง) การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ความเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ ความมีวินัยในตนเอง (เช่น ไม่ผัดวันประกันพรุ่ง) แรงสนับสนุนหรือการชื่นชมจากเพื่อนหรือครอบครัว และคำพูดชื่นชมตัวเอง ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูล (นามสมมติ)

“หนูสร้างแรงจูงใจ บอกตัวเองว่าพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง ไม่ต้องการผอม หนูดี ต้องการแค่ใส่เสื้อผ้าให้ได้ เช่น มีตัวโปรดตัวนึงแต่ไม่เคยใส่ เราได้แต่มอง เป็นของขวัญวันเกิดขึ้นแรกที่ได้จากป้า แต่เขาไม่อยู่แล้ว อยากใส่ตัวโปรดที่ป้าซื้อให้” (นิว)

“ตัวเราเองต้องกระตุ้นตัวเราเองว่าเราทำได้ แต่ถ้าทำคนเดียวก็จะทำได้น้อย ถ้าเรามีเพื่อนหรืออาจารย์ช่วยกระตุ้น เวลาเห็นว่าเพื่อนทำได้ ก็จะมีแรงจูงใจว่าเราก็คงทำได้” (แก้ม)

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

2.1 สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการลดความอ้วนแก่นักศึกษาเป็นรายบุคคล เช่น

การลดความอ้วนเพื่อสุขภาพ บุคลิกภาพ และรูปร่างที่ดี หรือเพื่อต้องการเปลี่ยนแปลงตนเอง (เป็นแรงจูงใจที่ทำให้การลดความอ้วนสำเร็จ ที่ได้จากผลการศึกษาในระยะที่ 1) และการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการลดความอ้วน ได้แก่ 1) อาหาร ประกอบด้วย การคำนวณ TDEE เป็นรายบุคคล การกำหนดสัดส่วนอาหารในการลดความอ้วนของแต่ละคน และการดูแลโภชนาการ 2) การออกกำลังกาย ประกอบด้วย การออกกำลังกายเพื่อร่างกายและหัวใจ การออกกำลังกายแบบมีน้ำหนักต้านแบบทั่วร่างกาย และการออกกำลังกายที่มีความเข้มข้นสูงหรืออิทธิ (high intensity interval training (HIIT)) 3) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 4) การนอนหลับ และ 5) การจัดการความเครียด รวมถึงการบันทึกข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการลดความอ้วน ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

2.2 สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 อภิปรายกลุ่มร่วมกัน ตามกระบวนการของการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วน ในนักศึกษาพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ดังนี้

2.2.1 การตั้งเป้าหมายในการลดความอ้วน ของนักศึกษาแต่ละคนร่วมกับผู้วิจัย โดยกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้จริงทั้งระยะสั้นและระยะยาวในการลดความอ้วน บนความสามารถและความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของตนเอง เพื่อการลดความอ้วนให้สำเร็จ โดยเน้นเป้าหมายระยะสั้นก่อน เช่น น้ำหนักที่จะลดลง ใน 1 สัปดาห์ และเป้าหมายของพฤติกรรมที่จะปรับในแต่ละพฤติกรรมใน 1 สัปดาห์

2.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการลดความอ้วน โดยการเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเองเกี่ยวกับภาวะอ้วน ได้แก่ สังเกตว่ามีการผิดปกติใดบ้าง (เช่น อาการบวม ความรู้สึกสับสนเมื่อสวมเสื้อผ้าหรือกระโปรง) ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ความเครียดจากการเรียนหนัก ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด และวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และบันทึกลงในคู่มือบันทึกการจัดการตนเองเพื่อการลดความอ้วน

2.2.3 การประมวลและประเมินข้อมูล โดย

มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบภาวะอ้วน การประเมิน การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจในแต่ละวันหรือ สัปดาห์ และพิจารณาปัจจัยที่ทำให้สำเร็จและเป็นอุปสรรคต่อการลดความอ้วน

2.2.4 การตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ ประมวลผล และประเมินข้อมูลเกี่ยวกับภาวะอ้วน และตัดสินใจแก้ไขปัญหาเมื่อพบความผิดปกติ

2.2.5 การลงมือปฏิบัติ คือ การปฏิบัติกิจกรรมในการลดความอ้วนตามแผนระยะสั้นและระยะยาวที่วางไว้ เช่น การออกกำลังกายเพื่อร่างกายและหัวใจและการออกกำลังกายแบบมีน้ำหนักต้านอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ วันละอย่างน้อย 30 นาที ตามเป้าหมายที่ตกลงไว้ร่วมกันระหว่างนักศึกษาแต่ละคนกับกลุ่ม

2.2.6 การสะท้อนตนเองเกี่ยวกับการลดความอ้วน เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับแผนและเป้าหมายของแต่ละคนกับกลุ่ม เพื่อการปรับพฤติกรรมและประเมินตนเองว่าปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ มีข้อจำกัดของตนเองอะไรบ้าง และมีการจัดการตนเองอย่างไร เพื่อให้การลดความอ้วนปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงความต้องการการฝึกทักษะเพิ่มเติม เช่น การปฏิเสธ เมื่อถูกชวนไปรับประทานอาหารประเภทบุฟเฟต์ ทักษะการออกกำลังกายใหม่ ๆ

2.3 สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 6, 8, 12, 16 และ 20 ดำเนินกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน โดยใช้กระบวนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง โดยระหว่างการใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาล มีการใช้การสนทนาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line application) เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อเกิดปัญหากับเพื่อนในกลุ่ม และมีการประเมินความอ้วนหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง 24 สัปดาห์

3. ผลการทดลองความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลว

ในการลดน้ำหนัก พบว่า กลุ่มทดลองมีความคิดเห็นว่าง
รูปแบบการจัดการตนเองนั้นสามารถนำมาเป็นแนวทาง
ในการปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตาม มีประเด็นปัญหาและ

วิธีการแก้ไขที่ต้องปรับปรุงในรูปแบบการจัดการตนเอง
เพิ่มเติมในส่วนการจัดการพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร
ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นปัญหาและวิธีการแก้ไขในรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วน

ประเด็นปัญหา	วิธีการแก้ไข
ปริมาณโปรตีนในสัดส่วนอาหารไม่เพียงพอกับ พลังงานที่ต้องการต่อวันของนักศึกษาแต่ละคน เนื่องจากนักศึกษาทั้งหมดพักอาศัยอยู่ในหอพัก ของวิทยาลัย ไม่สามารถปรุงอาหารได้ ทำให้หา อาหารรับประทานยากและมีราคาสูง	รวมกลุ่มกันให้แม่ครัวที่โรงอาหารของวิทยาลัย ช่วยปรุงอาหารให้ เช่น เนื้อไก่ต้มสุก หรือจัดซื้อผักสดในปริมาณที่ต้องการ
ควบคุมตนเองในการรับประทานขนมและ น้ำหวานไม่ได้ และรู้สึกผิดเมื่อรับประทาน แต่เลือกรับประทานต่อ	- ใช้กระบวนการสะท้อนคิด เพื่อเพิ่มความตระหนัก ในการควบคุมตนเอง และวางแผนปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเป็นแผนระยะสั้นและเร่งด่วน สำหรับบุคคลนั้น - ใช้กระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมให้เกิด ความมั่นใจในตนเองต่อการจัดการพฤติกรรม ดังกล่าวเพื่อลดความอ้วน

4. ผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลด
ความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมี
ประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก

4.1 การเปรียบเทียบความอ้วน (น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมัน) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก 69.20 กก. ($SD = 7.09$) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 27.24 กก./ม.² ($SD = 2.19$) ค่าเฉลี่ยรอบเอว 85.35 ซม. ($SD = 6.76$) และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมัน 34.39 เปอร์เซ็นต์ ($SD = 3.74$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก 69.52 กก. ($SD = 5.28$) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 26.78 กก./ม.² ($SD = 1.42$) ค่าเฉลี่ยรอบเอว 83.79 ซม. ($SD = 3.66$)

และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมัน 32.35 เปอร์เซ็นต์ ($SD = 1.88$) เมื่อเปรียบเทียบความอ้วนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

4.2 การเปรียบเทียบความอ้วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยรอบเอว และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมัน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยรอบเอว ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความอ้วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ความอ้วน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 10)						
น้ำหนัก	69.20	7.09	66.85	7.12	-2.652	.008
ดัชนีมวลกาย	27.24	2.19	26.32	2.26	-2.599	.009
รอบเอว	85.35	6.76	82.50	8.25	-2.829	.005
เปอร์เซ็นต์ไขมัน	34.39	3.74	32.63	3.72	-2.805	.005
กลุ่มควบคุม (n = 12)						
น้ำหนัก	69.52	5.28	70.68	6.60	1.067	.286
ดัชนีมวลกาย	26.78	1.42	27.23	2.05	1.156	.248
รอบเอว	83.79	3.66	83.17	4.24	-.358	.720
เปอร์เซ็นต์ไขมัน	32.35	1.88	33.46	2.03	2.040	.041

4.3 การเปรียบเทียบผลสำเร็จของการลดความอ้วนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีผลสำเร็จของการลดความอ้วนในส่วนน้ำหนักและเปอร์เซ็นต์ไขมันมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่มีผลสำเร็จของการลดความอ้วนในส่วนดัชนีมวลกายและรอบเอวไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลสำเร็จของการลดความอ้วนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความอ้วน	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		χ^2	p
	สำเร็จ	ไม่สำเร็จ	สำเร็จ	ไม่สำเร็จ		
น้ำหนัก	6 (60.00%)	4 (40.00%)	2 (16.70%)	10 (83.30%)	4.426	.048
ดัชนีมวลกาย	5 (50.00%)	5 (50.00%)	2 (16.70%)	10 (83.30%)	2.794	.113
รอบเอว	6 (60.00%)	4 (40.00%)	3 (25.00%)	9 (75.00%)	2.764	.110
เปอร์เซ็นต์ไขมัน	6 (60.00%)	4 (40.00%)	1 (8.30%)	11 (91.70%)	6.712	.015

นอกจากนี้ จากการสนทนากลุ่มยังพบประเด็นสำคัญ คือ “ปัจจัยที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการลดความอ้วนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนซ้ำ” ได้แก่ การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน การปรับความคิดทางบวกต่อการลดน้ำหนักโดยไม่กดดันตัวเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง การมีวินัยในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การติดตามตนเอง และการปฏิบัติจนเคยชินเป็นนิสัย ดังข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล (นามสมมติ)

“คิดว่าเปลี่ยนความคิดตัวเองว่าเราทำเพื่อความสบายใจของเรา เราไม่ต้องไปคาดหวังหรือกดดันอะไรมาก เราอยากกินอะไรกิน แต่ดูให้ดีกว่าเมื่อก่อน ถ้าวันนี้นั้นลดแล้ว พรุ่งนี้นั้นขึ้น เราก็มองว่าทำไมมันขึ้น ทำไมวันนี้ดูบวม ๆ ดัง ๆ เพราะตัวเราเองหรือเปล่า หรือพฤติกรรมของเรา เพราะว่าเมื่อก่อนขึ้นทีละกิโลสองกิโล จะรู้สึก Fail ทำให้ไม่อยากลดแล้ว ก็เลยจะเปลี่ยนมุมมองว่าเราจะไปเรื่อย ๆ พิสูจน์แล้วว่ามันดีกว่าเดิม ไม่ต้องไปบังคับอะไร” (ตัก)

“ต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนจริง ๆ มุ่งมั่นที่จะทำ และเราเชื่อว่าทำได้ ตัวเราเองต้องกระตุ้นให้เราทำเอง แล้วเราจะทำได้ อย่างตัวหนูเริ่มต้นก็พยายามปรับให้มากินข้าวเช้า เพื่อลดการกินมื้อดึก เวลาอยากกินอะไร หนูก็กินนะคะ แต่ก็ต้องรู้ว่ากินเยอะไม่ได้ เช่น ไข่ไม่ผูก หนูอยากกินหมูก็สั่ง แต่หนูรู้ว่าเป็นแป้งและน้ำตาลทั้งนั้น ก็เลยกินนิดเดียว แล้วไข่ไม่ผูกมันแพง ตอนหลัง ๆ ก็เลยไม่สั่ง เพราะไม่คุ้ม เพราะกินได้นิดเดียว” (นิว)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก ที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Creer (2000) ตามกระบวนการ 6 ขั้นตอน เริ่มจากการสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายในการลดความอ้วน จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนและปฏิบัติพฤติกรรม

ได้ตามเป้าหมายคือการลดความอ้วนที่ตั้งไว้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยรอบเอว และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมัน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลสำเร็จของการลดความอ้วนในส่วนน้ำหนักและเปอร์เซ็นต์ไขมันจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลได้ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาล ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการลดความอ้วนและความล้มเหลวในการลดน้ำหนักที่ผ่านมา เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง ทำให้ทราบถึงสาเหตุ ปัญหา อุปสรรคต่อการลดความอ้วน และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของการลดความอ้วน ที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีการดำเนินชีวิตประจำวันแตกต่างจากนักศึกษาระดับอุดมศึกษาทั่วไป ที่เรียนทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล รวมถึงการที่นักศึกษาพยาบาลต้องพักอาศัยอยู่ในหอพักของวิทยาลัย โดยรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาลเริ่มจากการสร้างแรงจูงใจในการตั้งเป้าหมายเพื่อลดความอ้วนทั้งระยะสั้นและระยะยาว เรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับวิธีการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับอัตราการเผาผลาญของตนเอง การออกกำลังกายทั้งแบบคาร์ดิโอ เช่น การวิ่ง การเดินแอโรบิก หรือด้วยวิธีอื่นๆ ซึ่งเป็นการออกกำลังกายอย่างหนักในช่วงเวลาสั้น ๆ สลับกับการออกกำลังกายเบา ๆ รวมถึงการออกกำลังกายแบบมีน้ำหนักต้าน อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ วันละอย่างน้อย 30 นาที มีการติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับผลการจัดการความอ้วน ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน

การนอนหลับ และการจัดการความเครียด การแก้ไข ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการสะท้อนตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม การสนทนากลุ่ม โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเครียดหรือความรู้สึกผิดหวัง เมื่อไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงทำให้ การจัดการปัญหานั้นเหมาะสมกับบริบทของตนเอง รวมถึงมีการเสริมสร้างความมั่นใจและสร้างแรงจูงใจในการลดความอ้วนต่อไป จนนำไปสู่การปรับพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ จึงทำให้การลดความอ้วน ในนักศึกษาพยาบาลสำเร็จ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร ทิพย์กระโทก และชนิดา ผาติเสนะ (2563) ที่ใช้ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพด้านดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง ที่ประกอบ ด้วยกิจกรรมสร้างเสริมความรู้เพื่อการควบคุมน้ำหนัก กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการควบคุมน้ำหนัก การประเมินตนเอง การตั้ง เป้าหมาย การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกาย และการคลายเครียดด้วยกลุ่มสัมพันธ์ พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการลดน้ำหนัก ทำให้ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวิชาวงศ์, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, และ กาญจนา พิบุลย์ (2563) ที่ใช้โปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองในบุคลากรที่มีภาวะอ้วน โดยประยุกต์ ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Glasgow et al. ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการติดตามและประเมิน พบว่า โปรแกรมการจัดการ ตนเองที่ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องภาวะอ้วน

คู่มือการออกกำลังกายแบบสถานี คู่มือการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วน สามารถเพิ่มระดับพฤติกรรม การจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และลดระดับดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับ น้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และเพิ่มเอชดีแอล คอเลสเตอรอล ในบุคลากรที่มีภาวะอ้วนได้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรรพรรณ ประภาสปี, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธาระวานิช (2556) ที่ใช้ โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด และการหายจากภาวะเมตาบอลิก ซินโดรม ในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยให้รับรู้ ถึงภาวะอ้วน และให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมอาหาร การบันทึกอาหาร การออกกำลังกาย โดยมีการติดตาม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ สามารถทำให้ผู้ป่วยเพศหญิง ลดค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและรอบเอวได้สำเร็จ

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนใน นักศึกษาพยาบาล พบว่า “ปัจจัยที่ทำให้เกิดความต่อเนื่อง ในการลดความอ้วนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนซ้ำ” (ผลการศึกษา ในระยะที่ 5) ของกลุ่มทดลอง คือ การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย แรงจูงใจ การตั้งเป้าหมาย และการติดตามตนเอง โดย ไม่เกิดความเครียดหรือความผิดหวังจากการปฏิบัติไม่ได้ ตามเป้าหมาย โดยการปรับแนวคิด ทักษะคิด และความคิด ทางบวกให้แก่ตนเอง ทำให้การลดน้ำหนักเกิดความ สม่ำเสมอและต่อเนื่อง จนเกิดเป็นพฤติกรรมเคยชิน สอดคล้องกับการศึกษาของชลวิภา สุดักขณานุรักษ์ และอุณ ตะสิงห์ (2564) ที่พบว่า การควบคุมอาหาร ควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้น การออกกำลังกายทั้งแบบคาร์ดิโอและแบบเวทเทรนนิ่ง การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองเสมอ ชื่นชมตนเองและให้ กำลังใจตนเองเสมอ มีวินัยต่อตนเอง มีความอดทน สิ่งสำคัญ คือ พยายามหาทางสายกลางของตนเองให้พบ เพื่อการลดน้ำหนักอย่างมีความสุขและยั่งยืน มีศรัทธา

และเชื่อมั่นในตนเอง และปรับการกระทำทุกอย่างให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง ทำให้ผู้ที่มีภาวะอ้วนสามารถลดน้ำหนักได้สำเร็จ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Varkevisser et al. (2019) ที่พบว่า การติดตามตนเองเกี่ยวกับน้ำหนัก การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งด้านพฤติกรรม ส่วนแรงจูงใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นปัจจัยด้านจิตใจ อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายความสำเร็จในการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะอ้วน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับคำแนะนำจากการศึกษาของ Peterson (2014) ที่ระบุว่า การติดตามตนเองด้านอาหารที่รับประทานด้วยความถี่และกระทำอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเพิ่มความสำเร็จในระยะยาวของการควบคุมน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะอ้วน

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลสำเร็จของการลดความอ้วนในส่วนดัชนีมวลกาย และรอบเอวไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนหนึ่งของอรรถพร ประภาศิลป์ และคณะ (2556) ที่พบว่า หลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและภาวะอ้วน เพศชายมีรอบเอวเพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม โดยมีเหตุผลว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีน้อย จึงทำให้เห็นความแตกต่างไม่ชัดเจน นอกจากนี้อาจเนื่องจากชนิดการออกกำลังกายในรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นการออกกำลังกายแบบทั้งตัว ไม่ได้มุ่งเน้นการออกกำลังกายเฉพาะส่วน เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับฮูลาฮoop ที่ช่วยลดค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวได้ ดังการศึกษาของสุภาพร ทิพย์กระโทก และชนิดา ผาติเสนะ (2563) นอกจากนี้ ระยะเวลา 24 สัปดาห์ ที่ใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาพยาบาล อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกายและรอบเอว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีประสิทธิภาพความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก ทำให้พฤติกรรมการออกกำลังกายและการควบคุม

อาหารเป็นพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนยากและอาจใช้เวลามากกว่ากลุ่มอื่น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องและผู้บริหาร การศึกษาควรนำรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนไปใช้ในกลุ่มนักศึกษาที่มีภาวะอ้วนและมีประสิทธิภาพ ความล้มเหลวในการลดน้ำหนัก โดยมุ่งเน้นที่การมีวินัยในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการความเครียดโดยเฉพาะในขณะฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล การดูแลให้นักศึกษาได้รับประทานอาหารสุขภาพที่ช่วยลดความอ้วน มีป้ายแสดงแคลอรีของอาหารที่ชัดเจน จัดอุปกรณ์สำหรับการประเมินความอ้วน จัดเวลาให้นักศึกษาได้ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่ช่วยในการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ และส่งเสริมทักษะการติดตามความอ้วนด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการลดความอ้วนหรือควบคุมน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนา รูปแบบการจัดการตนเอง เพื่อลดความอ้วนในผู้ที่มีความล้มเหลวในการลดความอ้วนในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพกลุ่มอื่นๆ โดยเพิ่มชนิดของการออกกำลังกายที่ช่วยลดรอบเอว ขยายระยะเวลาการศึกษาเป็นอย่างน้อย 1 ปี เพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนหรือควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันภาวะอ้วนซ้ำ และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการส่งเสริมและสนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*. สืบค้นจาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER023/GENERAL/>

เกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาควัชวงศ์, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, และกาญจนา พิบูลย์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อภาวะอ้วนของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. *บูรพาเวชสาร*, 7(2), 23–38.

ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(เพิ่มเติม 1), 117–127.

ชลวิภา สุตักขณานุรักษ์, และอุณ ตะสิงห์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการลดน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะอ้วน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(4), 614–622.

ชาย โพธิ์สิตา. (2564). *ศาสตร์และศิลป์การวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นพรัตน์ มีจินดา, ชมพูนุท สิริพรหมภัทร, และกิริณา แต่อารักษ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1), 83–94.

ปราณี จันธิมา, และสมเกียรติ ศรีธราธิคุณ. (2560). ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง. *พยาบาลสาร*, 44(2), 162–171.

ยุภา โฟผา, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, มณฑา ลิ้มทองกุล, ศิปปา กุมมารักษ์, กัลยกรณ์ เชยโพธิ์, และสุจิตรา หัตถ์ดุษย์. (2565). อุปสรรคและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่อ้วนลงพุง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(1), 24–34.

วรุณีย์ สีม่วงงาม, และอนุชา เพียรชนะ. (2558). ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มหาวิทยาลัยราชธานี. *วารสารราชพฤกษ์*, 13(2), 115–123.

วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, และวรภากรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563*. สืบค้นจาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/13461>

สุภาพร ทิพย์กระโทก, และชนิดา ผาติเสนะ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 210–223.

อรพินท์ สีขาว, อภิรมย์ฤดี สมสวย, ศิริบุญญา ณะขว้าง, ปรางค์ทอง คุณเที่ยง, นันทพัชร ตี๊ดแก้ว, จิตตภา บุญมีประเสริฐ, ... นิชาภัทร บุรีเลิศ. (2561). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 22(43–44), 1–12.

- อรรถพงษ์ ชุ่มเขียว, กาญจนา ทองบุญนาค, อุบล ชื่นสำราญ, และณัฐยา ตันตรานนท์. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในนักศึกษาที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน. *พยาบาลสาร*, 46(3), 106–117.
- อรรวรรณ ประภาศิลป์, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธาระวานิช. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. *พยาบาลสาร*, 40(1), 34–48.
- Akinyemiju, T., Moore, J. X., Pisu, M., Judd, S. E., Goodman, M., Shikany, J. M., ... Gilchrist, S. C. (2018). A prospective study of obesity, metabolic health, and cancer mortality. *Obesity*, 26(1), 193–201. doi:10.1002/oby.22067
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Printrich, & M. Zeidner, (Eds.). *Handbook of self-regulation* (pp. 601–629). San Diego, CA: Academic Press.
- Hall, K. D., & Kahan, S. (2018). Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. *The Medical Clinics of North America*, 102(1), 183–197. doi:10.1016/j.mcna.2017.08.012
- Hoare, E., Millar, L., Fuller-Tyszkiewicz, M., Skouteris, H., Nichols, M., Malakellis, M., ... Allender, S. (2016). Depressive symptomatology, weight status and obesogenic risk among Australian adolescents: A prospective cohort study. *BMJ Open*, 6(3), e010072.
- Krupa-Kotara, K., & Dakowska, D. (2021). Impact of obesity on risk of cancer. *Central European Journal of Public Health*, 29(1), 38–44. doi:10.21101/cejph.a5913
- Lopez-Sandoval, J., Sanchez-Enriquez, S., Rivera-Leon, E. A., Bastidas-Ramirez, B. E., Garcia-Garcia, M. R., & Gonzalez-Hita, M. E. (2018). Cardiovascular risk factors in adolescents: Role of insulin resistance and obesity. *Acta Endocrinologica*, 14(3), 330–337. doi:10.4183/aeb.2018.330
- Peterson, N. D., Middleton, K. R., Nackers, L. M., Medina, K. E., Milsom, V. A., & Perri, M. G. (2014). Dietary self-monitoring and long-term success with weight management. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 22(9), 1962–1967. doi:10.1002/oby.20807
- van Vuuren, C. L., Wachter, G. G., Veenstra, R., Rijnhart, J. J. M., van der Wal, M. F., Chinapaw, M. J. M., & Busch, V. (2019). Associations between overweight and mental health problems among adolescents, and the mediating role of victimization. *BMC Public Health*, 19(1), 612. doi:10.1186/s12889-019-6832-z

Varkevisser, R. D. M., van Stralen, M. M., Kroeze, W., Ket, J. C. F., & Steenhuis, I. H. M. (2019). Determinants of weight loss maintenance: A systematic review. *Obesity Reviews*, 20(2), 171–211. doi:10.1111/obr.12772

World Obesity Federation. (2022). *World obesity atlas 2022*. Retrieved from https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/World_Obesity_Atlas_2022_WEB.pdf

การพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชนในจังหวัดชลบุรี

The Development of Perceived Self-efficacy Program for Narcotics Avoiding among Adolescents in Chonburi Province

จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, ศษ.ด. (หลักสูตรและการสอน) ¹

Thitavan Hongitiyanon, Ed.D. (Curriculum and Instruction) ¹

บุญเลี้ยง ทุมทอง, ศษ.ด. (หลักสูตรและการสอน) ²

Boonleng Tumtong, Ed.D. (Curriculum and Instruction) ²

Received: March 7, 2022 Revised: May 24, 2022 Accepted: May 25, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน และศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการใช้สารเสพติด และสาเหตุการใช้สารเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 10 คน ระยะที่ 2 สร้างและตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรม และศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 15 คน และระยะที่ 3 ปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสม และนำโปรแกรมไปใช้จริง กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนกลุ่มเสี่ยง แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรม มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .88 และแบบสอบถามพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด มีค่าความเชื่อมั่น .93 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดจันทบุรี

¹ Instructor, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University, Chanthaburi Province

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: thitavan.h@rbru.ac.th

² อาจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

² Instructor, Faculty of Education, Surin Rajabhat University

เดือนมกราคมถึงเดือนกรกฎาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 54.50 และมีการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 64.50 2) เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมในระดับมาก ($M = 40.51, SD = 11.42$) 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.730, p < .05$) และ 4) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลักเลี่ยงการใช้สารเสพติด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.020, p < .05$ และ $t = 5.740, p < .05$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า นุคลากรสุขภาพที่ดูแลงานด้านยาเสพติดควรนำโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดในเยาวชน ไปใช้ในการดูแลเยาวชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมหลักเลี่ยงการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมหลักเลี่ยงการใช้สารเสพติด เยาวชน

Abstract

This research and development aimed to develop the perceived self-efficacy program for narcotics avoiding among adolescents and examine the effectiveness of the program. The three phases of this research including phase 1: situation analysis, the samples consisted of 10 risk adolescents; phase 2: program development and feasibility study, the samples consisted of 15 risk adolescents; and phase 3: examine the effectiveness of the program, the samples consisted of risk adolescents who were divided into the experimental group ($n = 30$) and the control group ($n = 30$). The research instruments included the perceived self-efficacy program for narcotics avoiding among adolescents, the semi-structured interview form, the feasibility of program implementation questionnaire with reliability as .90, the demographic questionnaire, the knowledge regarding narcotics test with reliability as .80, the perceived self-efficacy questionnaire with reliability as .88, and the narcotics avoiding behavior questionnaire with reliability as .93. The implementation and data collection were conducted from January to July, 2018. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) 54.50% of risk adolescents smoked cigarette and 64.50% of them drank alcohol; 2) risk adolescents indicated that the level of feasibility was high ($M = 40.51, SD = 11.42$); 3) after the experiment, the experimental group had

statistically significantly higher mean score of knowledge regarding narcotics than that of before the experiment ($t = 3.730, p < .05$); and 4) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of perceived self-efficacy and narcotics avoiding behavior than those of the control group ($t = 4.020, p < .05$ and $t = 5.740, p < .05$, respectively).

This research suggests that health personnel working in narcotics should apply this perceived self-efficacy program for narcotics avoiding among adolescents to care of risk adolescents in order to increase narcotics avoiding behavior among these adolescents.

Keywords: Self-efficacy, Narcotics avoiding behavior, Adolescents

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาลำดับระดับชาติของประเทศไทยต่าง ๆ ทั่วโลก เนื่องจากสารเสพติดมีผลกระทบอย่างมากทั้งต่อสุขภาพของผู้ใช้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม สำหรับประเทศไทย ปัญหาสารเสพติดนับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอันดับ 3 ของประเทศ ซึ่งปัจจุบัน แนวโน้มการใช้สารเสพติดมีมากขึ้น มีการจำหน่ายสารเสพติด ผู้ขายถูกจับกุมดำเนินคดีในกระบวนการยุติธรรมจำนวนมาก (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) ยิ่งผู้ใช้สารเสพติดมีจำนวนมากขึ้น ยิ่งทำให้ต้องมีการบำบัดรักษามากขึ้น ดังสถิติของสถาบันวิจัยยาเสพติด จังหวัดปทุมธานี ที่พบว่าในช่วงปีงบประมาณ 2560–2562 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา จำนวน 39,181 คน 40,419 คน และ 47,727 คน ตามลำดับ (สายฤทธิ์ บุญชัยพานิชวัฒนา, 2562)

ปัจจุบันเยาวชนมีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับสารเสพติดมากขึ้น เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ครอบครัวขาดความรักความอบอุ่น แม้ว่าจะมีการสอนเรื่องสารเสพติดในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานก็ยังไม่สามารถป้องกันการใช้สารเสพติดในเยาวชนได้ (จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, 2559) เนื่องจากเยาวชนอยู่ในช่วงวัยที่อยากรู้อยากลอง เมื่อเยาวชนลองใช้บุหรี่หรือสุราจะเป็นประตูสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ สถานการณ์

การใช้สารเสพติดในเยาวชนจึงเป็นปัญหาสำคัญและควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในเยาวชนกลุ่มเสี่ยงซึ่งหมายถึงเยาวชนที่บิดามารดาหย่าร้างกัน มีเกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 2.50 มีประวัติหนีเรียน และมีประวัติใช้บุหรี่หรือสุรา (จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, 2559) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยพบว่า เยาวชนกลุ่มเสี่ยงของโรงเรียนแห่งหนึ่งมีการสูบบุหรี่ที่หน้าห้องน้ำชาย โดยบอกว่า “เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 2 สาเหตุเพราะอยากลอง เพื่อนให้ทดลองสูบ เชื่อว่าคนที่สูบบุหรี่เป็นคนที่กล้าทำในสิ่งที่เพื่อนวัยเดียวกันยังไม่กล้าทำอีกส่วนหนึ่งก็เพื่อให้เพื่อนกลุ่มที่สูบบุหรี่ยอมรับว่าได้สูบบุหรี่เหมือนกัน บางครั้งเย็นวันศุกร์จะมีดื่มสุรไปด้วย” โดยเยาวชนกลุ่มเสี่ยงไม่เคยทราบเรื่องสมองคิดสารเสพติดมาก่อน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีการใช้สารเสพติดเนื่องจากอยากลอง พร่องความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และมีเจตคติทางบวกต่อการใช้สารเสพติด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชน ได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางครอบครัว ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยภูมิคุ้มกัน โดยปัจจัยภูมิคุ้มกันประกอบด้วย การเห็นคุณค่าในตนเอง การควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และความตระหนักรู้ถึงโทษของสารเสพติด (วิไลลักษณ์ ลังกา, อรุมา เจริญสุข, พัทธราภรณ์ ศรีสวัสดิ์, และกัมปนาท บริบูรณ์, 2560) สอดคล้องกับการศึกษา

ที่พบว่า รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดสารเสพติด มี 4 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการป้องกันด้วยตนเอง รูปแบบการป้องกันด้วยครอบครัว รูปแบบการป้องกันด้วยชุมชนและสังคม และรูปแบบการป้องกันด้วยระบบกฎหมาย โดยเฉพาะรูปแบบการป้องกันด้วยตนเองที่ประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้ ทักษะชีวิต และสร้างภูมิคุ้มกันด้วยหลักศาสนา รวมทั้งการสร้างเป้าหมายชีวิตใหม่ และต้องมีความเชื่อมั่นในตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางความคิดที่จะไม่กลับไปใช้ซ้ำ (อับดุลคอลิก อรรอฮิมีย, สวัสดิ์ ไหลภรณ์, จิรัชยา เจียวกิก, และฐานิดาภักดิ์ แสงทอง, 2564) ซึ่งแนวทางต่าง ๆ ข้างต้น ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด มีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ที่มีการนำมาใช้ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคล ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ การสังเกตตัวแบบทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ การพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ จากการศึกษาของจิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ (2559) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของเยาวชนมีผลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด เพราะหากบุคคลมีความเชื่อ มีความมุ่งมั่น เชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองมีความสามารถในการหลีกเลี่ยงสารเสพติด อีกทั้งมีความรู้เกี่ยวกับโทษภัยของสารเสพติด และมีการฝึกทักษะการปฏิเสธสารเสพติดด้วยตนเอง จะหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดได้ ดังนั้น แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) จึงน่าจะนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชนได้

จังหวัดชลบุรีมีสถิติการจับกุมการใช้สารเสพติดมากเป็นอันดับ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร โดยจังหวัดชลบุรีมีชุมชน 23 ชุมชน มีโรงเรียนในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาทั้งสิ้น 19 แห่ง สอนในระดับมัธยมศึกษา

2 แห่ง โรงเรียนขยายโอกาส 8 แห่ง ระดับอนุบาลถึงประถมศึกษา 6 แห่ง วิทยาลัยเทคโนโลยีและพาณิชย์ 4 แห่ง มีเยาวชนในระดับการศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 22,050 คน และมีเยาวชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 802 คน โดยมีเยาวชนที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่และสุราถึงร้อยละ 49 (กลุ่มนโยบายและแผน กระทรวงศึกษาธิการ, 2563) จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องแก้ไขปัญหาระบบการใช้สารเสพติดของเยาวชนในจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) โดยศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการใช้สารเสพติด และสาเหตุการใช้สารเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยง สร้างและตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรม ศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรม ปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสม และนำโปรแกรมไปใช้จริง เพื่อให้เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

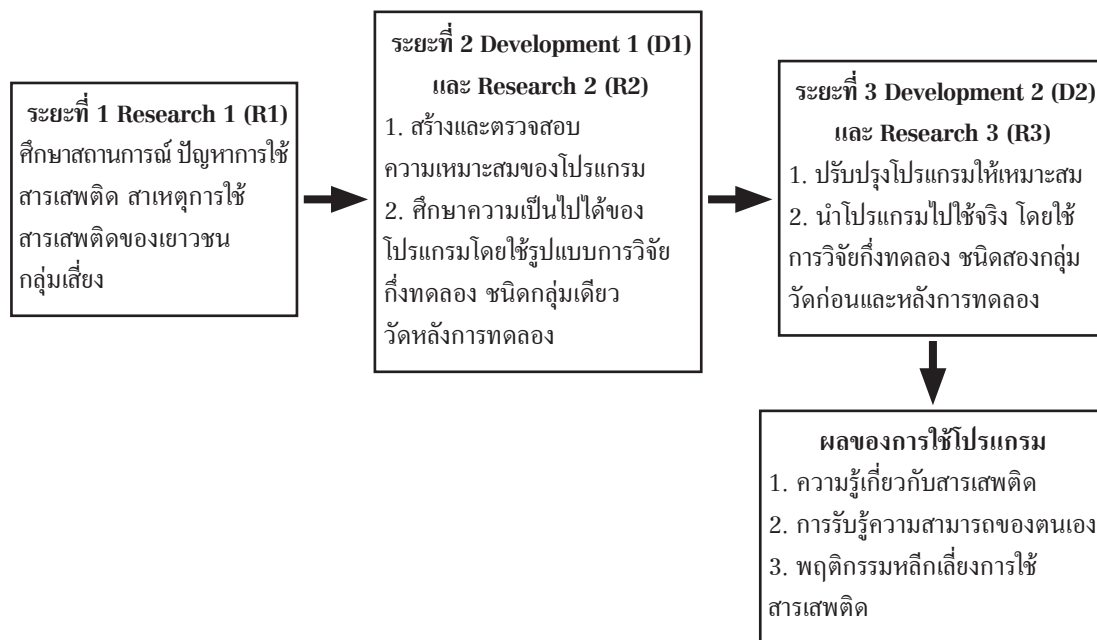
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการใช้สารเสพติด และสาเหตุการใช้สารเสพติด และพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ในการพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ การสังเกตตัวแบบ

ทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ การพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อให้เยาวชน กลุ่มเสี่ยงเกิดพฤติกรรมหลักเลี่ยงการใช้สารเสพติด โดย โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องชนิด และโทษภัยของสารเสพติด ภาวะสมองตื้อยา การใช้ กระบวนการกลุ่มในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถ

ของตนเอง และการตั้งเป้าหมายในชีวิต โดยมุ่งหวังว่า เยาวชนกลุ่มเสี่ยงจะมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด การรับรู้ ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมหลักเลี่ยงการใช้ สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการใช้สารเสพติด และสาเหตุการใช้สารเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยง ระยะ ที่ 2 สร้างและตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรม การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ สารเสพติดของเยาวชน และศึกษาความเป็นไปได้ของ

โปรแกรม และระยะที่ 3 ปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสม และนำโปรแกรมไปใช้จริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนกลุ่มเสี่ยง ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยม ศึกษา จังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2561 จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) บิดามารดาหย่าร้างกัน 2) มีเกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 2.50 3) มีประวัติหนีเรียน 4) มี ประวัติการใช้บุหรี่ แอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด และ

5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนกลุ่มเสี่ยง ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2561 (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในระยะที่ 1) จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก เช่นเดียวกับในระยะที่ 1

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนกลุ่มเสี่ยง ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2561 (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก เช่นเดียวกับในระยะที่ 1 ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วม การวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามเวลาที่กำหนด และขอถอนตัวจากการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบด้วยโปรแกรม power analysis of sample size (รัตนศิริ ทาโต, 2561) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .63 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจ การทดสอบเท่ากับ .90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ระยะที่ 2 และระยะที่ 3: โปรแกรมการรับรู้ ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ของเยาวชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ซึ่ง การพัฒนาการเรียนรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ การสังเกตตัวแบบทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลและตัวแบบ ที่เป็นสัญลักษณ์ การพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อให้เยาวชนกลุ่มเสี่ยงหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ในสถานการณ์นั้นๆ ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การให้ความรู้เรื่องชนิดและโทษภัยของ

สารเสพติด ภาวะสมองตื้อยา ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ส่วนที่ 2 การใช้กระบวนการกลุ่มในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง ใช้เวลา 12 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างแรงจูงใจ การฝึกทักษะการปฏิเสธสารเสพติด การใช้ตัวกระตุ้นภายในและภายนอก การดูวีดิทัศน์ เรื่อง สมองตื้อสารเสพติด และปอดถูกตัด การศึกษาดูงาน ที่เรือนจำ การเล่นเกม การแก้ปัญหา และการระดม สมอง และส่วนที่ 3 การตั้งเป้าหมายในชีวิต ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ การกระตุ้นเตือนโดยใช้แผ่นพับ และการดูวีดิทัศน์เพื่อ เสริมกำลังใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1: แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการใช้ สารเสพติด และสาเหตุการใช้สารเสพติดของเยาวชน กลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาการใช้ สารเสพติด สาเหตุการใช้สารเสพติด แนวทางการเลิกใช้ สารเสพติดที่ต้องการ และข้อจำกัดในการหลีกเลี่ยง การใช้สารเสพติด

ระยะที่ 2: แบบสอบถามความเป็นไปได้ ในการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน ผู้วิจัย สร้างขึ้น จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปล ผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเป็น ไปได้ในการใช้โปรแกรมในระดับน้อย (12-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (20.01-40.00 คะแนน) และใน ระดับมาก (40.01-60.00 คะแนน)

ระยะที่ 3: แบบสอบถาม 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ปัญหา ของตนเองที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด สถานภาพ

สมรสของบิดา-มารดา และการพักอาศัย จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบทดสอบของจิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ (2559) จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดในระดับต่ำมาก (0-5 คะแนน) ในระดับต่ำ (5.01-10.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (10.01-15.00 คะแนน) และในระดับดี (15.01-20.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 1-6 ได้แก่ ไม่นั่นใจอย่างยิ่ง ไม่นั่นใจ ค่อนข้างไม่มั่นใจ ค่อนข้างมั่นใจ มั่นใจ และมั่นใจอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ (12-24 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24.01-49.00 คะแนน) และในระดับสูง (49.01-72.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 1-6 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่จริงเลย ไม่จริง ค่อนข้างไม่จริง ค่อนข้างจริง จริง และจริงที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดในระดับต่ำ (15-30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (30.01-60.00

คะแนน) และในระดับสูง (60.01-90.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์ด้านการวัดและประเมินผล อาจารย์พยาบาล ด้านจิตเวช และพยาบาลจิตเวช ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .85, .88, .90, .80, .88 และ .87 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างไปทดลองใช้กับเยาวชนกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมฯ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ไปทดลองใช้กับเยาวชนกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมฯ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .90, .88 และ .93 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (เอกสารรับรอง เลขที่ SSRU-IRB COA

1-006/2018 วันที่ 19 มกราคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2561 โดยผู้วิจัยพบเยาวชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 10 คน ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้สารเสพติด และสาเหตุการใช้สารเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยง

ระยะที่ 2 ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561 โดยผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แล้วนำโปรแกรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของโปรแกรม จากนั้นศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรม โดยผู้วิจัยพบเยาวชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 15 คน ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นจัดให้ได้รับโปรแกรม แล้วให้ตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน โดยใช้เวลา 10-15 นาที

ระยะที่ 3 ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2561 โดยผู้วิจัยปรับปรุงโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชนให้เหมาะสม และนำโปรแกรมไปใช้จริง ตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 25-30 นาที

3.2 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การให้ความรู้เรื่องชนิดและโทษภัยของสารเสพติด ภาวะสมองตื้อยา ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ส่วนที่ 2 การให้กระบวนการกลุ่มในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ใช้เวลา 12 ชั่วโมง และส่วนที่ 3 การวางแผนในชีวิต ใช้เวลา 3 ชั่วโมง รวมเวลา 18 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตตามปกติ

3.3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 20-25 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาการใช้สารเสพติด และสาเหตุการใช้สารเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยง วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test ส่วนการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหาการใช้สารเสพติด และสาเหตุการใช้สารเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยง ($n = 10$) พบว่า เยาวชนเพศชายใช้สารเสพติดมากกว่าเยาวชนเพศหญิง โดยมีอายุน้อยที่สุด คือ 16 ปี มีการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 54.50 โดยสูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 42.30 และสูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 8.60 และมีการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 64.50 โดยดื่มสุราน้อยกว่า 4 แก้วต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 42.80 ดื่มสุรา 4-10 แก้วต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 12.20 และดื่มสุรา 11-15 แก้วต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 2.30 สาเหตุการใช้สารเสพติดประกอบด้วย การขาดวุฒิภาวะ การขาดความอบอุ่น การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ การมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ การมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากสังคม และการที่ครอบครัว เพื่อน สังคม และชุมชนมีการใช้สารเสพติด ส่วนแนวทางการเลิกใช้สารเสพติดที่ต้องการ คือ การเสริมสร้างความรักความเข้าใจในครอบครัว ครอบครัวมีเวลาในการดูแล การมีผู้นำช่วยเหลือเรื่องการเรียนและความรัก การได้รับความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด ขั้นตอนการเลิกสารเสพติด การมีตัวแบบที่ดี การมีทักษะการปฏิเสธสารเสพติด ส่วนข้อจำกัดในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด คือ ความต้องการสารเสพติดของตนเอง เช่น ช่วงเลิก/อดบุหรี่จะหงุดหงิดง่าย ง่วงนอน เกิดความรู้สึกลอยๆสารเสพติด และปัจจัยภายนอก เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติดชักชวน การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดี การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี

2. โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการใช้สารเสพติด และสาเหตุการใช้สารเสพติด ในระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมพบว่า 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกระทำด้วยตนเอง การเห็นตัวแบบที่ชัดเจน การเลียนแบบ และการสร้างแรงจูงใจ ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ

ของตนเอง ของ Bandura (1997) จะมีผลต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด และ 2) การมีเป้าหมายและการกำกับตนเอง ร่วมกับการกระตุ้นเตือนและการเสริมกำลังใจจากบุคคลอื่น จะช่วยให้มีการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ การได้รับความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด โดยเฉพาะเรื่องโทษภัยของสารเสพติด เช่น ภาวะสมองติดยา ก็มีผลช่วยให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยง

3. ความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน พบว่า เยาวชนกลุ่มเสี่ยง ($n = 15$) มีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมในระดับมาก ($M = 40.51$, $SD = 11.42$) จากนั้นผู้วิจัยมีการปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเพิ่มเนื้อหาความรู้เรื่องภาวะสมองติดยา มีการเรียงลำดับกิจกรรมตามประเด็นความสำคัญ และปรับกิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองให้ชัดเจนขึ้น เช่น การใช้ตัวแบบที่เป็นผู้ต้องขังในเรือนจำ การฝึกการวิเคราะห์ตนเอง การปรับเกมให้เหมาะสมกับเยาวชนกลุ่มเสี่ยง

4. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 15.02 ปี ($SD = 6.51$) มีเกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 2.04 ($SD = .57$) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 8,261 บาท ($SD = 107$) ปัญหาของตนเองที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือ การเรียน คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมา คือ เงินไม่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 18.52 สถานภาพสมรสของบิดา-มารดาส่วนใหญ่ คือ อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 77.42 รองลงมา คือ หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 12.90 และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดา-มารดา คิดเป็นร้อยละ 83.87 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 15.03 ปี ($SD = 6.45$) มีเกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 1.99 ($SD = .70$) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 8,113 บาท ($SD = 62$) ปัญหาของตนเองที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือ การเรียน คิดเป็นร้อยละ

48.28 รองลงมา คือ เครื่องครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 18.52 สถานภาพสมรสของบิดา-มารดาส่วนใหญ่ คือ อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 87.10 รองลงมา คือ หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 6.45 และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดา-มารดา คิดเป็นร้อยละ 83.87

5. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.730, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	n	M	SD	t	p
ก่อนการทดลอง	30	8.13	2.04	3.730	.010
หลังการทดลอง	30	12.05	1.89		

6. การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมหลักเลี่ยงการใช้สารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้

ความสามารถของตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลักเลี่ยงการใช้สารเสพติด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.020, p < .05$ และ $t = 5.740, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลักเลี่ยงการใช้สารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	64.20	12.17	61.15	13.12	4.020	.010
พฤติกรรมหลักเลี่ยงการใช้สารเสพติด	66.98	23.42	50.50	21.31	5.740	.010

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 54.50 และมีการดื่มสุราร้อยละ 64.50 โดยมีอายุน้อยที่สุด คือ 16 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่น อันเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง ทั้งๆ ที่กฎหมายบังคับให้จำหน่ายบุหรี่

และสุราหรือแอลกอฮอล์แก่บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับข้อมูลของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ (2562) ที่ระบุว่า กลุ่มที่มีแนวโน้มมีปัญหามากขึ้นในการใช้สารเสพติด คือ เยาวชนวัยรุ่นที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-19 ปี โดยสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีการใช้สารเสพติด คือ การที่ครอบครัว เพื่อน

สังคม และชุมชนมีการใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของวไลลักษณ์ ลังกา และคณะ (2560) ที่พบว่า การคล้อยตามกลุ่มคนใช้สารเสพติดเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชน โดยทำให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากเยาวชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องชนิดและโทษภัยของสารเสพติด ภาวะสมองตื้อยา จึงทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติดเพิ่มขึ้น และเกิดความตระหนักว่าสารเสพติดมีอันตราย ซึ่งมีส่วนช่วยให้เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของวไลลักษณ์ ลังกา และคณะ (2560) ที่พบว่า ความตระหนักถึงโทษของสารเสพติดเป็นหนึ่งในปัจจัยภูมิคุ้มกันที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชน โดยทำให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Razali and Kliever (2015) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและการตระหนักถึงโทษของสารเสพติด เป็นปัจจัยปกป้องที่ทำให้วัยรุ่นในประเทศมาเลเซียไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากเยาวชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มที่ช่วยพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ การฝึกทักษะการปฏิเสธสารเสพติด การใช้ตัวกระตุ้นภายในและภายนอก การดูวิดีโอเรื่อง สมองตื้อยาเสพติด และปอดถูกตัด การศึกษาฐานที่เรือนจำ การเล่นเกม การแก้ปัญหา และการระดมสมอง รวมทั้งมีการวาง

เป้าหมายในชีวิต และได้รับการกระตุ้นเตือนและการเสริมกำลังใจ โดยเฉพาะการศึกษาดูงานที่เรือนจำนั้น เยาวชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองทั้ง 30 คน บอกว่าไม่ต้องการเข้าเรือนจำ ไม่ต้องการเป็นผู้ต้องขัง กลัวสภาพในเรือนจำ ประกอบกับการพูดชักจูงโน้มน้าวจากผู้ต้องขังว่าไม่ให้ไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด และบอกเทคนิคในการปฏิเสธการใช้สารเสพติด จึงถือได้ว่า เยาวชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ ได้สังเกตตัวแบบที่ชัดเจน ได้รับการพูดชักจูง และได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ทำให้เยาวชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าเยาวชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มควบคุม ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยปกป้องที่ทำให้วัยรุ่นไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด (Majer, Jason, & Olson, 2004) เมื่อเยาวชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น ประกอบกับได้รับความรู้เรื่องชนิดและโทษภัยของสารเสพติด ภาวะสมองตื้อยา ดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้เยาวชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของจิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์, ลักขณา ยอดกลกิจ, และสายสมร เฉลยกิตติ (2562) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เยาวชนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพที่ดูแลงานด้านยาเสพติดควรนำโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดในเยาวชน ไปใช้ในการดูแลเยาวชนกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นการให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านกิจกรรม

ต่าง ๆ การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ การกระตุ้นเตือน และการเสริมกำลังใจ เพื่อให้เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมทั้งมีการใช้กลวิธีต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของเยาวชนกลุ่มเสี่ยง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่มอบทุนวิจัย งบประมาณแผ่นดิน พ.ศ. 2561 ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการชุดวิจัย งานวิจัยพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดในประเทศไทย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะที่ 1

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มนโยบายและแผน กระทรวงศึกษาธิการ. (2563). รายงานผลการดำเนินงาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัชฌิมศึกษา เขต 18. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์. (2559). การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชนในจังหวัดนครปฐม (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์, ลักษณะ ยอดกลกิจ, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2562). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 72(1), 33-40.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิไลลักษณ์ ลังกา, อรอุมา เจริญสุข, พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์, และกัมปนาท บริบูรณ์. (2560). โมเดลเชิงสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยภูมิคุ้มกันที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชนในพื้นที่หมู่บ้านอาสาพัฒนาและป้องกันตนเอง (อปพ.). *วารสารวิธีวิทยาการวิจัย*, 30(1), 101-118.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์. (2562). *รายงานประจำปี 2562*. ปทุมธานี: ผู้แต่ง.

สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา. (2562). *สถิติด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ปีงบประมาณ 2560-2562 สถาบันธัญญารักษ์*. สืบค้นจาก http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=1397&Itemid=53

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). *รายงานผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ*. สืบค้นจาก <https://www.oncb.go.th/Home/Pages/services.aspx>

อับดุลคอลิก อรรอฮิมีย, สวัสดิ์ ไหลภาพรณ์, จิรัชยา เจียวกิก, และฐานิดาภัทฐ์ แสงทอง. (2564). *บทความวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในศูนย์บำบัดบ้านแสนสุข และสถาบันปอเนาะพัฒนาเยาวชน*. สืบค้นจาก <https://cads.in.th/cads/media/upload/1621264145-Infographic.pdf>

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

Majer, J. M., Jason, L. A., & Olson, B. D. (2004). Optimism, abstinence self-efficacy, and self-mastery: A comparative analysis of cognitive resources. *Assessment*, 11(1), 57–63. doi:10.1177/1073191103257139

Razali, M. M., & Kliewer, W. (2015). Risk and protective factors for recreational and hard drug use among Malaysian adolescents and young adults. *Addictive Behaviors*, 50, 149–156. doi:10.1016/j.addbeh.2015.06.022

ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลด ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี*

The Effect of Psychological Resilience Enhancement Program on Reducing Burnout in the Elderly Care for Elderly Caregivers in Sawang Arom District, Uthai Thani Province *

สมพงษ์ นาคพรม, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Sompong Nakprom, M.P.H. (Public Health)¹

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ป.ร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)² สันธยา มณีรัตน์, ป.ร.ด. (การพยาบาล)³

Narongsak Noosorn, Ph.D. (Public Health)² Sonthaya Maneerat, Ph.D. (Nursing)³

Received: April 17, 2022 Revised: May 31, 2022 Accepted: June 2, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิต แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .83-.90 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่น .75 และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .88

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

¹ มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: sompong06279@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีภาวะฟุ้งฟิงอื่น ๆ เพื่อลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแล เพิ่มพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพการดูแลเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความเข้มแข็งทางจิต ภาวะเหนื่อยหน่าย คุณค่าในตนเอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of psychological resilience enhancement program on reducing burnout in the elderly care for elderly caregivers. The participants consisted of 60 elderly caregivers who lived in Sawang Arom District, Uthai Thani Province and were divided into the experimental group ($n = 30$) and the control group ($n = 30$). The research instruments comprised the psychological resilience enhancement program, the personal information questionnaire, the Job Burnout Measurement Form with reliability in the range of .83–.90, the Resilience Quotient Questionnaire (RQ 20 items) with reliability as .75, and the self-esteem questionnaire with reliability as .88. The implementation and data collection were conducted from June to September, 2021. 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 significantly lower mean scores of burnout in the elderly care regarding emotional exhaustion and depersonalization than those of before the experiment and lower than those of the control group; 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean score of burnout in the elderly care regarding personal accomplishment than that of before the experiment and higher than that of the control group; 3) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of total and each

dimension of resilience than those of before the experiment and higher than those of the control group; and 4) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean score of self-esteem than that of before the experiment and higher than that of the control group.

This research suggests that healthcare providers should apply this psychological resilience enhancement program for caregivers of older adults or other dependent people in order to reduce burnout in caring as well as enhance resilience and self-esteem. This will help increase an effective care.

Keywords: Elderly caregivers, Psychological resilience, Burnout, Self-esteem

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน จำนวนผู้สูงอายุและสัดส่วนผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” และผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะอยู่ตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 50 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีสุขภาพไม่แข็งแรง ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือ โรคระบบต่อมไร้ท่อ และโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้นจะยิ่งมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังหรือปัญหาสุขภาพสูงมากขึ้น (The National Commission of the Elderly, 2006) ซึ่งปัญหาความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานขั้นรุนแรง หรือที่เรียกว่าภาวะทุพพลภาพรุนแรง เป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลระยะยาว (Lafortune & Balestat, 2007) และก่อให้เกิดภาระในการดูแลผู้สูงอายุ

เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท ณ ปี พ.ศ. 2562 มีประชากรทั้งสิ้น 2,233,553 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 492,460 คน คิดเป็นร้อยละ 22.05 โดยจังหวัดชัยนาทมีผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิง

มากที่สุด ร้อยละ 3.52 และจังหวัดกำแพงเพชรมีผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุด ร้อยละ 2.03 (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำหรับสถานการณ์ตำบล Long Term Care (ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว) ในช่วงปี 2558-2561 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (สิทธิ์ UC) ทั้งหมด 7,714 คน มี care manager ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รวมจำนวน 882 คน และมีผู้ดูแล (caregiver) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รวมจำนวน 4,913 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) จากสถานการณ์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงทำให้เป็นภาระของผู้ดูแลในการช่วยเหลือในการทำกิจกรรม

การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องปฏิบัติหน้าที่ที่หลากหลายในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน ประกอบกับกิจกรรมการดูแลอาจก่อให้เกิดความรู้สึกลำบากใจ ทำให้เกิดความเครียด เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดสูงจะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย (มยุรี กลั้ววงษ์, ผจงจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลย์, และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2552) โดยผู้ที่เกิดความเหนื่อยหน่ายจะมีความอ่อนเพลียทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เกิดความรู้สึกล้มเหลวขาดความกระตือรือร้นในการทำงานและการดำเนินชีวิต

นับเป็นปัญหาสุขภาพจิตอย่างหนึ่งของผู้ดูแล ซึ่งบุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตให้แก่ผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว (ศรีสกุลเฉียบแหลม, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, และสนธยา มณีนันท์, 2564)

ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล และทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง ดังนั้น การลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญและจำเป็น โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางจิต มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เนื่องจากบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงจะสามารถสร้างสรรค์ความคิดหรือการกระทำที่จะเผชิญความเครียดต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานลดลง (สุภาภักดิ์, 2554) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิต โดยประยุกต์ใช้แนวคิดโครงสร้างเสริมสร้างทางจิตหรือพลังสุขภาพจิต 3 ประการ ของ Grotberg (1995) ได้แก่ 1) ฉันเป็น (I am) เป็นลักษณะความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีความหวัง และการมีเป้าหมายในชีวิต 2) ฉันมี (I have) หมายถึง องค์ประกอบที่บุคคลมีบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนภายนอกคอยส่งเสริมให้ความช่วยเหลือในขณะที่บุคคลเผชิญกับสถานการณ์ทางลบ และ 3) ฉันสามารถ (I can) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติที่เชื่อมโยงตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2562) และหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี ฮีล สู้ ของสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2563ก) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุลดลง และมีพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง

สูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพและมีความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต และคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

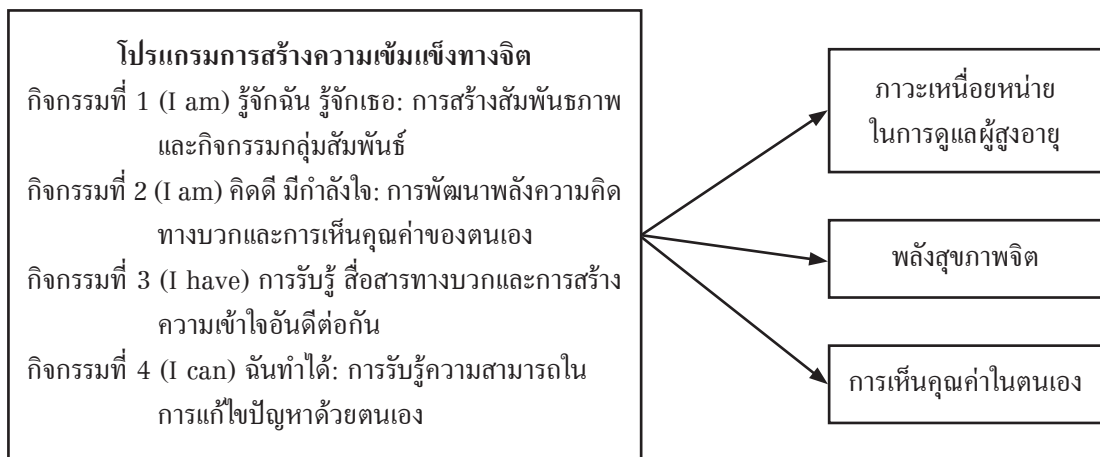
5. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

6. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต และคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดโครงสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตหรือพลังสุขภาพจิต 3 ประการ ของ Grotberg (1995) ได้แก่ ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และฉันสามารถ (I can) ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติ การเชื่อมบ้านตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพ จิต (2562) และหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี อีดี ผู้ของ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2563ก) มาเป็น

แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็ง ทางจิต ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 (I am) รู้จักฉัน รู้จักเธอ กิจกรรมที่ 2 (I am) คิดดี มีกำลังใจ กิจกรรมที่ 3 (I have) การรับรู้ สื่อสารทางบวก และการสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน และกิจกรรมที่ 4 (I can) ฉันทำได้ โดยมุ่งหวังว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมจะมีภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ลดลง และมีพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง สูงขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี โดยมี เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป 3) มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และมีเจตคติที่ดีต่อ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) ผ่านการฝึกอบรม หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 70 ชั่วโมง ที่จัดโดย

หน่วยงานต่างๆ โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข หรือเทียบเท่า และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ไม่สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดทั้งโปรแกรม 2) ไม่ปฏิบัติตาม กิจกรรมตามที่กำหนด และ 3) ขอดถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Burns and Grove (2005) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .60 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวม จำนวน 60 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามเพศ อายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์แนวคิดโครงสร้างความเข้มแข็งทางจิตหรือพลังสุขภาพจิต ของ Grotberg (1995) แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2562) และหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อิดฮิด สู้ ของสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2563ก) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (I am) รู้จักฉัน รู้จักเธอ: การสร้างสัมพันธภาพและกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมสะท้อนคิดในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้เขียนคำชมที่ได้รับจากคนในครอบครัวและคนในสังคมเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้วิจัยสรุปถึงคุณค่าในการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินสัญญาณเตือนเมื่อพลังใจลดลง และวิธีการประเมินหรือคัดกรองโดยใช้แบบประเมินหรือแบบวัดต่างๆ

กิจกรรมที่ 2 (I am) คิดดี มีกำลังใจ: การพัฒนาพลังความคิดทางบวกและการเห็นคุณค่าของตนเอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียนรู้วิธีการฝึกสติโดยการตามลมหายใจ ให้เขียนข้อดีของตนเอง จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกมองโลกในแง่ดี และให้สะท้อนคิดถึงคุณค่าในการดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 3 (I have) การรับรู้ สื่อสารทางบวกและการสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน ใช้เวลา 4 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเลือกประสบการณ์การดูแลที่ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจมา 1 เรื่อง ให้สะท้อนคิด และฝึกปรับความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวก ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการคิดทางบวก ให้

แลกเปลี่ยนมุมมองความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ฝึกการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น และฝึกการจัดการอารมณ์และการสื่อสารทางบวก

กิจกรรมที่ 4 (I can) ฉันทำได้: การรับรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุฝึกสติโดยการตามลมหายใจ และฝึกผ่อนคลายความเครียด ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลที่ประสบความสำเร็จอย่างแต่แก้ไขได้ ด้วยการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น จากนั้นให้ฝึกทักษะการขอความช่วยเหลือโดยใช้ประสบการณ์จริงของแต่ละคน จากนั้นผู้วิจัยให้ระบุสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด พร้อมขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามลำดับ และสิ่งที่สนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ รวมทั้งระบุอุปสรรคที่อาจพบ เพื่อวางแผนป้องกันแก้ไข

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ลักษณะการดูแล และลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน พัฒนาโดย Maslach and Jackson ปี ค.ศ. 1981 ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสิริยา สัมมาวาจ (2532) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านการลดความเป็นบุคคล เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 0-6 ของข้อคำถามทางบวก ตั้งแต่ มีความรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน จนถึง ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม

สำหรับการแปลผลคะแนน ด้านที่ 1 และด้านที่ 2 คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความเหนื่อยหน่ายน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความเหนื่อยหน่ายมาก ส่วนด้านที่ 3 แปลผลในลักษณะตรงกันข้าม มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ .83, .90 และ .84 ตามลำดับ

ชุดที่ 3 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) ของสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2563) ใช้สอบถามความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่จริงจริงบ้างจริง ค่อนข้างจริง และจริงมาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (20-54 คะแนน) ในเกณฑ์ปกติ (55-69 คะแนน) และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (70-80 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

ชุดที่ 4 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดการเห็นคุณค่าของตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ของสมิทธิ เจือจินดา และวรรณภา โพธิ์ผลิ (2562) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีจิตวิทยาในกลุ่มมนุษยนิยม แนวคิดของ Rosenbergs ปี ค.ศ. 1965 และแนวคิดของ Coopersmith ปี ค.ศ. 1967 จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ตรงน้อยที่สุด ตรงน้อย ตรงปานกลาง ตรงมาก และตรงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49

คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิต และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์ด้านสาธารณสุข แบบประเมินได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลห้วยจรเข้มาก อำเภอเมืองพิษณุโลก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ 086/2021 วันที่ 12 มีนาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ เข้าพบเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 40–45 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ แนะนำตัว และดำเนินการพฐักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพฐักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 40–45 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 2–5 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่เขียว อำเภอสว่างอารมณ์ ตามวันและเวลาที่นัดหมาย ให้ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ตามลำดับ รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์

5. ในสัปดาห์ที่ 9 (1 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม) ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง และพบกลุ่มควบคุม ที่ห้องประชุมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ ให้ตอบแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 35–40 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่าง

กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองวิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.70 มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.53 ปี ($SD = 8.87$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80 มีอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 80 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 66.70 โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเฉลี่ย 4,986.67 บาทต่อเดือน ($SD = 3,189.72$) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 6–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.30 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ คือ ไม่ใช่ญาติ คิดเป็นร้อยละ 83.30 ลักษณะการดูแล คือ ดูแลเป็นช่วงระหว่างวันและมีผู้มาสลับเปลี่ยนในการดูแลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 และลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล คือ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70

กลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.70 มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.83 ปี ($SD = 8.28$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 มีอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 73.30 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 73.30 โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเฉลี่ย 4,253.33 บาทต่อเดือน ($SD = 3,313.68$) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 6–10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่คือ ไม่ใช่ญาติ คิดเป็นร้อยละ 76.70 ลักษณะการดูแล คือ ดูแลเป็นช่วงระหว่างวันและมีผู้มาสลับเปลี่ยนในการดูแล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30

และลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล คือ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40

2. การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2.1 ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทาง

อารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.840, p < .001$ และ $t = 9.700, p < .001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.980, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ภาวะเหนื่อยหน่ายใน การดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	26.67	4.84	13.03	5.34	10.840	< .001
ด้านการลดความเป็นบุคคล	12.87	3.86	4.93	2.80	9.700	< .001
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	31.00	7.13	35.07	4.76	11.980	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	26.30	4.68	26.43	3.53	.240	.810
ด้านการลดความเป็นบุคคล	11.50	2.16	11.63	2.37	.320	.750
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	32.63	3.22	33.27	4.05	1.550	.130

2.2 พลังสุขภาพจิต พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.418, p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และ

ด้านการจัดการกับปัญหา สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.150, p < .001$; $t = 2.820, p < .01$ และ $t = 4.720, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

พลังสุขภาพจิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	32.27	3.72	35.80	2.71	5.150	< .001
ด้านกำลังใจ	17.53	2.49	18.97	1.83	2.820	.009
ด้านการจัดการกับปัญหา	16.30	2.45	18.30	1.49	4.720	< .001
โดยรวม	66.10	6.85	73.07	4.11	6.418	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	32.53	3.65	31.67	4.63	2.070	.470
ด้านกำลังใจ	16.43	2.71	16.20	3.07	1.560	.130
ด้านการจัดการกับปัญหา	15.43	2.67	15.37	2.55	.570	.570
โดยรวม	64.40	7.55	63.23	8.68	2.500	.200

2.3 การเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.490, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

การเห็นคุณค่าในตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	3.77	.41	4.67	.17	12.490	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	3.79	.41	3.81	.38	1.170	.250

3. การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

3.1 ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และ

ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.460$,

$p < .001$ และ $t = 10$, $p < .01$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.140$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุรายด้านระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ภาวะเหนื่อยหน่ายใน การดูแลผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	26.67	4.84	26.30	4.68	.300	.770
ด้านการลดความเป็นบุคคล	12.87	3.86	11.50	2.16	1.700	.090
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	31.00	7.13	32.63	3.22	1.580	.120
หลังการทดลอง						
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	13.03	5.34	26.43	3.53	11.460	< .001
ด้านการลดความเป็นบุคคล	4.93	2.80	11.63	2.37	10.000	.001
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	35.07	4.76	33.27	4.05	8.140	< .001

3.2 พลังสุขภาพจิต พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($t = 5.600$, $p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.220$, $p < .001$; $t = 4.230$, $p < .001$ และ $t = 5.440$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

พลังสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	32.27	3.72	32.53	3.65	.280	.780
ด้านกำลังใจ	17.53	2.49	16.43	2.71	1.640	.100
ด้านการจัดการกับปัญหา	16.30	2.45	15.43	2.67	1.640	.170
โดยรวม	66.10	6.85	64.40	7.55	.910	.360
หลังการทดลอง						
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	35.80	2.71	31.67	4.63	4.220	< .001
ด้านกำลังใจ	18.97	1.83	16.20	3.07	4.230	< .001
ด้านการจัดการกับปัญหา	18.30	1.49	15.37	2.55	5.440	< .001
โดยรวม	73.07	4.11	63.23	8.68	5.600	< .001

3.3 การเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.430$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การเห็นคุณค่าในตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	3.77	.41	3.79	.41	.250	.800
หลังการทดลอง	4.67	.17	3.81	.38	11.430	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้
ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะ

เหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้เรียนรู้วิธีการฝึกสติโดยการตามลมหายใจ ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาสมาธิและสติแล้ว จะสามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้อย่างมีความสุข ปราศจากทุกข์ บรรเทาโรคทางกายและโรคทางจิต และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังได้เรียนรู้เกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี และได้สะท้อนคิดถึงคุณค่าในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทาวดี วรวิสุต, ลักษณะ สกฤตทอง, กุลิสรา พิศาลเอก, มนต์พงษ์ มาลา, และปราณี เนวานันต์ (2560) ที่พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ ผู้ดูแลใจคนทำงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภูมิคุ้มกันทางใจในการทำงานและความสุขในการทำงานมากกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังทางจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ประยุกต์ใช้พลังสุขภาพจิต 3 ประการของ Grotberg (1995) ได้แก่ ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และฉันสามารถ (I can) ร่วมกับแนวปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2562) และหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อิด ฮิด สู้ ของสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2563ก) โดยพลังใจ อิด ฮิด สู้ เป็นพลังสุขภาพจิตที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถต่อสู้เอาชนะปัญหาวิกฤตต่าง ๆ ได้ ซึ่งโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้มีการจัดกิจกรรมที่เน้นการสร้างพลังสุขภาพจิตให้แก่ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ โดยให้เลือกประสบการณ์การดูแลที่ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจมา 1 เรื่อง และให้สะท้อนคิด รวมทั้งให้ฝึกปรับความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวก ฝึกการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น และฝึกการจัดการอารมณ์และการสื่อสารทางบวก ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง มีความหวัง มีความสุข และสามารถเปลี่ยนเรื่องร้ายให้กลายเป็นดีได้ ซึ่งพลังสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่สามารถเรียนรู้และฝึกฝนตนเองได้ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องการพัฒนาตนเองในทางสุขภาพจิต ทั้งด้านการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ การเสริมสร้างกำลังใจ ปลูกใจ เติมพลังใจให้กับตนเอง โดยมีความคิดทางบวกต่อตนเอง รักตนเอง ภูมิใจในตนเอง และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาทั้งที่เป็นปัญหาในเชิงความคิดและการลงมือปฏิบัติ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2563ข) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี ดิสโร (2551) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธ นักศึกษามหาวิทยาลัยมีความสามารถในการฟื้นฟูพลังสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังทางจิตในการวิจัยครั้งนี้ มีการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น การเข้าใจตนเองและผู้อื่น และให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลที่ประสบความสำเร็จของทุกคน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ประกอบกับได้รับสิ่งสนับสนุนจากภาครัฐและภาคเอกชน ไม่ว่าจะเป็นค่าตอบแทน การพัฒนาศักยภาพ องค์ความรู้ และทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ และการมีอัตลักษณ์ที่

ชัดเจนในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561) ที่พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีองค์ความรู้และทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นจากการฝึกอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพ การดูแลเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง ที่ได้ทำงานเพื่อคนอื่น ได้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ทำงานด้วยใจรัก เสียสละ และมีความสุขกับงานที่ได้รับมอบหมาย ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา รัตนบุรี (2556) ที่พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงาน การเห็นคุณค่าในตนเองจึงส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ เพื่อลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแล เพิ่มพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพการดูแลเพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเองในระยะยาว เช่น ทุก 3 เดือน 6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in Organization)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ฐานข้อมูลประชากรประจำปี 2562*. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2562). *แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- นันทาวดี วรวัสส์, ถักษณา สกุลทอง, กุณิสรา พิศาลเอก, มนัสพงษ์ มาลา, และปราณี เนาวินชัย. (2560). *การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจป้องกันภาวะหมดไฟ ดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 (EPI-BP Model)* (รายงานผลการวิจัย). ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.
- ปรีชา รัตนบุรี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการทำงาน และความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเอง กับผลการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทอุตสาหกรรมวัสดุก่อสร้าง. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 6(1), 43-49.
- ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 437-451.
- มยุรี กลั้ววงษ์, ผจงจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี, และนันทิกา ทวิชาชาติ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 15(1), 57-75.

- ศรีสกุล เที่ยบแหลม, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, และสนธยา มณีรัตน์. (2564). การป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน. *แพทยสารทหารอากาศ*, 67(1), 9–19.
- สมิทธิ เตือนจินดา, และวรรณภา โพธิ์ผลิ. (2562). *การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการเห็นคุณค่าของตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร (รายงานผลการวิจัย)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. สืบค้นจาก <http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/public>
- สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2563ก). *หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อึด อึด สู้*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2563ข). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สิระยา สัมมาวาจ. (2532). *ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามธิบดี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาวดี ดิลโร. (2551). *ผลของกลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธต่อความสามารถในการฟื้นฟูพลังของนักศึกษามหาวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภา สัจทอง. (2554). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน: กรณีศึกษา: หน่วยงานราชการแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier/Saunders.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Netherlands: The Bernard van Leer Foundation.
- Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). *Trends in severe disability among elderly people: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. Retrieved from <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/217072070078.pdf?expires=1652857715&id=id&accname=guest&checksum=96117D3706783187F833EB8A19D2CB0C>
- The National Commission of the Elderly. (2006). *Situation of the Thai elderly 2005*. Bangkok: The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล The Effect of a Sleep Quality Promotion Program for the Elderly Patients in the Hospital

จิตติยา สมบัติบุรณ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ¹

Jittiya Sombutboon, M.N.S. (Gerontological Nursing) ¹

นุชนาถ ประกาศ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ²

Nutchanat Prakas, M.N.S. (Adult Nursing) ²

Received: May 9, 2022 Revised: June 3, 2022 Accepted: June 4, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .73 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ one-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่า 1) คี้นที่ 1 และคี้นที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมีคุณภาพการนอนหลับดี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 90 ตามลำดับ และ 2) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล คี้นที่ 1 และคี้นที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าคี้นก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคี้นที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าคี้นที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

^{1,2} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,2} Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

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

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรมีโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลนี้ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of a sleep quality promotion program for the elderly patients in the hospital. The samples consisted of 30 elderly patients who received medical services at the female surgical ward of a hospital in eastern region of Thailand. The research instruments included a sleep quality promotion program for the elderly patients in the hospital, the personal information questionnaire, and the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (T-PSQI) with reliability as .73. The implementation and data collection were conducted from August to December, 2019. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and one-way repeated measures ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni method.

The research results revealed that 1) on night 1 and night 2 after receiving the program, 60% and 90% of the elderly patients in the hospital had good sleep quality, respectively; and 2) on night 1 and night 2 after receiving the program, the elderly patients in the hospital had statistically significantly lower mean score of sleep quality than that of night before receiving the program ($p < .001$); in addition, on night 2 after receiving the program, the patients also had statistically significantly lower mean score of sleep quality than that of night 1 after receiving the program ($p < .01$).

This research suggests that health personnel should apply this sleep quality promotion program for the elderly patients in the hospital to care of the elderly inpatients in order to enhance the sleep quality among these patients.

Keywords: Sleep quality promotion program, Sleep quality,
Elderly patients in the hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนหลับมีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย หากบุคคลมีปัญหาการนอนหลับจะได้รับผลกระทบกับการดำเนินชีวิตและสุขภาพ มนุษย์ทุกวัยต้องการการนอนหลับในช่วงเวลาที่เหมาะสมและมีคุณภาพ เพราะการนอนหลับมีประโยชน์ต่อร่างกายหลายประการ เช่น ทำให้อวัยวะของร่างกายได้รับการฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อและการสังเคราะห์โปรตีน ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้อยู่ในสภาวะปกติ ส่งเสริมการเรียนรู้และความจำ นอกจากนี้ยังส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ (ประพันธ์ กิตติวิทย์กุล, 2563) หากการนอนหลับไม่เพียงพอและไม่มีความเหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Williams, 2020) ซึ่งผลกระทบในระยะสั้น ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายในระบบต่าง ๆ ลดลง ร่างกายจะฟื้นฟูจากโรคช้า มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความจำ และการคิดบกพร่อง หงุดหงิดง่าย และขาดสมาธิ (อารยา โกมล, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และวิภา แซ่แซ่, 2557) ส่วนผลกระทบในระยะยาว ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพกายเพิ่มขึ้น พบปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรัง เช่น มีภาวะซึมเศร้า พบความผิดปกติทางอารมณ์ และอาจมีอาการทางจิตประสาท เช่น ประสาทหลอน สับสน หูแว่ว ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และความรู้สึกได้ ทำให้มีการแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์ในทางที่ไม่เหมาะสม จนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และขาดความสนใจในตนเองจนเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมา (ประพันธ์ กิตติวิทย์กุล, 2563)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่พบปัญหาการนอนหลับได้มากกว่าวัยอื่นๆ ถึงร้อยละ 50 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมักพบปัญหาการนอนหลับได้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจากมีฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย (Williams, 2020) ซึ่งฮอร์โมนเอสโตรเจนมีความเชื่อมโยงกับเซโรโทนิน (serotonin) หรือเคมีสุขและเมลาโทนิน (melatonin) หรือเคมีนิทรา ที่ช่วยให้

มีการนอนหลับและตื่นขึ้นมาอย่างสดชื่น และพบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาที่จะหลับยาวนานขึ้น หลับยาก หลับไม่สนิท ตื่นกลางดึกง่าย ตื่นบ่อย และตื่นแล้วหลับต่อได้ยาก (ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์, 2563) ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงของระบบวงจรนาฬิกาชีวิต และปัจจัยอื่นๆ ด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมกับการนอน นอกจากนี้ความเจ็บป่วยหรือภาวะไม่สบายทางร่างกายก็ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุด้วย (วิสาข์ลิรัตน์ตระกูล, 2563) เมื่อนอนหลับได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการง่วงในตอนกลางวัน ส่งผลให้ใช้เวลาอนหลับในช่วงกลางวันมากขึ้น (สุริรัตน์ ณ วิเชียร, 2564) วงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลง จึงเกิดความแปรปรวน ส่งผลกระทบต่อ การนอนหลับในช่วงกลางคืน ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกง่วงนอนและไม่นอนในช่วงกลางคืน (Williams, 2020) ซึ่งการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่กระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เพราะเมื่อนอนไม่หลับจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเซโรโทนิน และนอร์อีพิเนพริน (norepinephrine) ส่งผลให้การรับรู้ข้อมูลผิดปกติ หากผู้สูงอายุนอนไม่หลับและเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะทำให้ต้องใช้เวลาในการพักรักษาตัวนานขึ้น (นิตยา จันทบุตร และครองสินธุ์ เขียนชานาจ, 2563)

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมักพบปัญหาการนอนไม่หลับร่วมกับการนอนหลับไม่มีคุณภาพ (จิรวัดน์ มูลศาสตร์ และคณะ, 2557) ซึ่งปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายในที่สำคัญ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย คือ ภาวะเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ และ 2) ปัจจัยด้านจิตใจ คือ ความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (อารยา โกมล และคณะ, 2557) ส่วนปัจจัยภายนอกที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ในโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่ไม่คุ้นชินในหอผู้ป่วย (จินดารัตน์ ชัยอาจ, 2556) เช่น ที่นอน อุณหภูมิห้อง เพื่อบ้างเตียง การมีเสียงรบกวนจากการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เสียงการทำงานของเจ้าหน้าที่ เสียงพูดคุยกันของผู้ป่วยรายอื่น ๆ แสงสว่างที่จ้าเกินไป การรักษาและกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ที่ต้องได้รับ (จิรวัดน์ มูลศาสตร์ และคณะ, 2557)

การส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุนั้น การทำสมาธิ นับเป็นเทคนิคการผ่อนคลายชนิดหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุได้ดี (จูไรรัตน์ คือขุนทด, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, และวาริ กังใจ, 2559) และมีความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน และไม่ต้องให้ยาช่วยในการนอนหลับ โดยการทำสมาธิจะช่วยให้ร่างกายผ่อนคลาย ช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว และลดการตื่นตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ (Nagel, Markie, Richards, & Taylor, 2003) เมื่อบุคคลเกิดการผ่อนคลายจะทำให้รับรู้ถึงความสุขสบายกาย สงบ ปลอดภัย ปราศจากความตึงเครียด ลดความเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ได้ผ่อนคลายอารมณ์และจิตใจ นอกจากนี้ การทำสมาธิยังเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย เพราะสามารถปฏิบัติได้ง่าย และมีประสิทธิผลต่อการนอนหลับที่ดี (จินดารัตน์ ชัยอาจ, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับมีหลายวิธี ส่วนใหญ่เป็นการทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ได้แก่ การฟังธรรมะ การใช้ดนตรีบำบัด การใช้สวดมนต์บำบัด และการออกกำลังกาย แต่ยังไม่พบโปรแกรมที่ใช้การทำสมาธิบำบัดในท่านอน แบบ SKT ของสมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี (2550) ในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งการจัดการกับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลนับเป็นเรื่องสำคัญ การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสภาพปัญหาและสามารถวางแผนการจัดการกับปัญหานี้ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพ

การนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล โดยการใช้สมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 6 “เทคนิคการฝึกสมาธิเหยงยาไทยจินตภาพ” ร่วมกับการจำกัดและควบคุมปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล สาเหตุที่เลือกใช้ SKT ท่าที่ 6 เพราะมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติได้ขณะอยู่บนเตียงนอน เนื่องจากการการทำสมาธิในท่านอน และการเตรียมพร้อมเข้าสู่การนอน อีกทั้ง SKT ท่าที่ 6 เป็นเทคนิคการผสมผสานกับความรู้สึกและสัมพันธ์กับการหายใจที่เป็นธรรมชาติ โดยใช้เทคนิคการกำหนดการหายใจ จึงช่วยเหนี่ยวนำให้ผู้ป่วยสูงอายุเข้าสู่สมาธิได้ง่าย และสามารถอยู่ในสมาธิได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือการได้รับบาดเจ็บจากการเคลื่อนไหว ส่วนการจำกัดและควบคุมปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลนั้น เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมแสงและเสียงให้เหมาะสมกับการนอนหลับของผู้ป่วย ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง เนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีระยะเวลาที่จะเข้าสู่การนอนหลับ (sleep onset) นานกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (วิสาขสิริ ตันตระกูล, 2563) และพบปัญหาการนอนหลับมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย โดยคาดว่าโปรแกรมนี้จะช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ อันจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ระหว่างคืนก่อนได้รับโปรแกรม คืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม และคืนที่ 2

หลังได้รับโปรแกรม

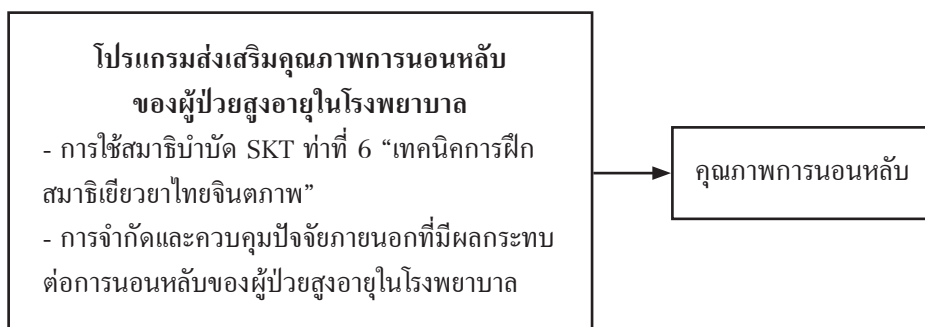
สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล คีนาที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม และ คีนาที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าคีก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล คีนาที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่า คีนาที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการใช้สมาธิบำบัด SKT ทำที่ 6 “เทคนิคการฝึกสมาธิเหี่ยวยาไทยจินตภาพ” ที่คิดค้นโดยสมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี (2550) มาเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม

ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT เป็นการนำแนวคิดและหลักการทางศาสนาเป็นสะพานเชื่อมระหว่างแนวคิดกับหลักการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้เข้ากันและเกิดความสะดวก พบว่า การทำสมาธิจิตประสานกาย คือ การควบคุมและฝึกกระบวนประสาทสัมผัสทั้งหก ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหว ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาท ระบบอารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบไหลเวียนโลหิต ได้อย่างสมบูรณ์ (สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี, 2550) ร่วมกับการจำกัดและควบคุมปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเป็นเวลา

อย่างน้อย 3 คืน 2) ไม่มีการใช้ยานอนหลับ 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Exam Thai 2002 [MMSE-Thai 2002]) 4) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool [T-GMHA-15]) และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย

คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโปรแกรม และ
ขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้
ตารางสำเร็จรูปของ Burns and Grove (2005) โดย
กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ระดับ
นัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ
เท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 22 คน และเพื่อเป็น
การทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง
จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ
โปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุ
ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิด
เกี่ยวกับการใช้สมาธิบำบัด SKT ทำที่ 6 “เทคนิคการฝึก
สมาธิเยียวยาไทยจินตภาพ” ตามแบบของสมพร กันทรดุษฎี
เตรียมชัยศรี (2550) ร่วมกับการจำกัดและควบคุม
ปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้ป่วย
สูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การใช้สมาธิบำบัด SKT ทำที่ 6 “เทคนิค
การฝึกสมาธิเยียวยาไทยจินตภาพ” ใช้เวลา 45 นาที
มีวิธีการปฏิบัติดังนี้

1.1 นอนบนพื้นเรียบ แขนสองข้าง
วางแนบลำตัว ค่อยๆ หลับตาลงช้าๆ สูดลมหายใจเข้า
ทางจมูกลึกๆ ช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจ นับ 1-3 ช้าๆ
แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ นับ 1-5 อีกครั้ง
ทำงานครบ 3 รอบ

1.2 ให้ท่องในใจว่า “สัพพะธาเรเริ่ม
ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย
ลงไปเรื่อยๆ” พร้อมกับกำหนดความรู้สึกไปที่อวัยวะ
ที่เราจดจ่อ ไส้จากศีรษะ หน้าผาก ขมับ หน้าตา แก้ม
คาง ริมฝีปาก คอ ไหล่ ต้นแขน แขน มือ หน้าอก หลัง
หน้าท้อง ก้น ต้นขา เข่า น่อง เท้า และตัวเราทั้งตัว

1.3 เมื่อครบทั้งตัวแล้ว ให้ท่องว่า
“มือเราเริ่มหนักขึ้น หนักขึ้น หนักขึ้น หนักขึ้นไปเรื่อยๆ”

ไต่ลงไปจนถึงเท้า เมื่อทำครบแล้วให้หายใจเข้า กลั้น
หายใจ และหายใจออกเหมือนตอนเริ่มต้น อีก 3 รอบ

2. การจำกัดและควบคุมปัจจัยภายนอก
ที่มีผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุใน
โรงพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมการนอนหลับโดยการจั
ลึงแวดล้อมให้พร้อมสำหรับการนอนหลับและลดสิ่งเร้า
ที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
โดยปฏิบัติดังนี้

2.1 ดูแลให้ทำกิจวัตรประจำวันใน
เรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลให้แล้วเสร็จก่อนการเข้านอน
ได้แก่ การอาบน้ำหรือเช็ดตัว การแปรงฟัน และให้สวมใส่
เสื้อผ้าที่สะอาด

2.2 จัดท่านอนให้นอนในท่าที่สุข
สบาย เพื่อส่งเสริมให้กล้ามเนื้อคลายตัว และส่งเสริมให้
สามารถนอนหลับได้มากขึ้น จัดอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ
ทางการแพทย์และการพยาบาลไม่ให้มีการดังรั้ง เช่น
สายให้ออกซิเจน สายที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2.3 จัดสิ่งแวดล้อมที่เตียงนอนและ
รอบๆ เตียงนอนให้สะอาด ที่นอนเรียบตึง

2.4 ปิดไฟดวงที่ตรงกับเตียงของ
ผู้ป่วย ปิดเฉพาะดวงที่จำเป็น เพื่อให้เข้าสู่การนอนหลับ
ได้ง่ายขึ้น

2.5 ให้ผู้ป่วยใช้ผ้าปิดตา เพื่อป้องกัน
การถูกรบกวนจากแสงไฟ

2.6 จำกัดและควบคุมการใช้เสียง
ในหอผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการนอนหลับในระยะ REM
เช่น ลดการพูดคุยเสียงดัง ลดความดังของเสียงโทรทัศน์
เสียงกระทบกันของอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ เสียงเตือน
จากเครื่องมือทางการแพทย์และการพยาบาล เช่น เครื่อง
ควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ โดยเปลี่ยน
ขวดสารละลายก่อนที่จะเครื่องจะร้องเตือน หรือเปลี่ยน
ทันทีที่เครื่องร้องเตือน

2.7 ให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะก่อน
การเข้านอน และนำหมอนอนที่สะอาดและแห้งมาไว้
ที่เตียง สำหรับใช้เมื่อต้องการขับถ่ายปัสสาวะในช่วง

กลางคืน

2.8 จำกัดการนอนหลับของผู้ป่วยในช่วงกลางวัน โดยให้หลับได้ แต่รวมเวลาไม่เกิน 60 นาที

2.9 จัดช่วงเวลาเงียบ (quiet time) ให้แก่ผู้ป่วย ในช่วงเวลา 20.00–22.00 น. และ 02.00–04.00 น. เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับโดยไม่มีการรบกวนจากการให้การรักษา

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ และจำนวนชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index [T-PSQI]) ของตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์ (2540) จำนวน 9 ข้อ แปลผลโดยนำข้อคำถามมาจัดเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพของการนอนหลับ 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้ยานอนหลับ เพื่อช่วยในการนอนหลับ และ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางคืน แต่ละองค์ประกอบมีคะแนนอยู่ในช่วง 0–3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–21 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีค่าความเชื่อมั่น .73

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน

3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุ (2 คน) และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 028 วันที่ 18 มีนาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในวันที่ 1 ของการพักรักษาตัว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เป็นรายบุคคล ในช่วงเวลา 13.00–14.00 น. แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นอ่านข้อคำถามในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทีละข้อ แล้วให้ตอบ โดยใช้เวลาคนละประมาณ 10 นาที ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลการนอนตามปกติ

3. ในวันที่ 2 ของการพักรักษาตัว ผู้วิจัยพบ

กลุ่มตัวอย่างที่ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เป็นรายบุคคล ในช่วงเวลา 13.00–14.00 น. อ่านข้อคำถามในแบบ ประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทยทีละข้อ แล้วให้เลือกคำตอบ (ประเมินครั้งที่ 1 = คุณภาพ การนอนหลับของคืนก่อนได้รับโปรแกรม) โดยใช้เวลา คนละประมาณ 10 นาที จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับ โปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาล โดยให้ทำสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 6 “เทคนิคการฝึกสมาธิเหยงยาไทยจินตภาพ” โดยใช้เวลา 45 นาที และในเวลา 19.00 น. ดำเนินการจำกัดและ ควบคุมปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่าง (คืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม)

4. ในวันที่ 3 ของการพักรักษาตัว ผู้วิจัยพบ กลุ่มตัวอย่างที่ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เป็นรายบุคคล ในช่วงเวลา 13.00–14.00 น. อ่านข้อคำถามในแบบ ประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทยทีละข้อ แล้วให้เลือกคำตอบ (ประเมินครั้งที่ 2 = คุณภาพ การนอนหลับของคืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม) โดยใช้ เวลาคนละประมาณ 10 นาที จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง ทำสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 6 “เทคนิคการฝึกสมาธิ เหยงยาไทยจินตภาพ” โดยใช้เวลา 45 นาที และในเวลา 19.00 น. ดำเนินการจำกัดและควบคุมปัจจัยภายนอก ที่มีผลกระทบต่อการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง (คืน ที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม)

5. ในวันที่ 4 ของการพักรักษาตัว ผู้วิจัยพบ กลุ่มตัวอย่างที่ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เป็นรายบุคคล ในช่วงเวลา 09.30–10.30 น. อ่านข้อคำถามในแบบ ประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทยทีละข้อ แล้วให้เลือกคำตอบ (ประเมินครั้งที่ 3 = คุณภาพ การนอนหลับของคืนที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม) โดยใช้ เวลาคนละประมาณ 10 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ

วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับระหว่าง คืนก่อนได้รับโปรแกรม คืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม และคืนที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบ ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมีอายุอยู่ในช่วง 70–79 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 ส่วนใหญ่มี การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.30 มี สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 มี โรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 43.30 ส่วนใหญ่มีญาติใช้เป็นประจำ คิดเป็น ร้อยละ 63.30 และมีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน 5–6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 83.33

2. คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุใน โรงพยาบาล พบว่า คืนก่อนได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาลทั้งหมดมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี คิด เป็นร้อยละ 100 โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ เท่ากับ 8.73 ($SD = 1.87$) คืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมีคุณภาพการนอนหลับดี คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ เท่ากับ 5.77 ($SD = 1.38$) และคืนที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมีคุณภาพการนอนหลับดี คิดเป็นร้อยละ 90 โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ เท่ากับ 5.07 ($SD = .74$)

3. การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของ ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ระหว่างคืนก่อนได้รับโปรแกรม คืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม และคืนที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม พบว่า คืนก่อนได้รับโปรแกรม คืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม และคืนที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 116.398, p < .001$) ดัง

แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ระหว่าง
คืนก่อนได้รับโปรแกรม คืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม และคืนที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม (n = 30)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ภายในกลุ่ม	227.36	2	113.678	116.398	< .001
ความคลาดเคลื่อน	56.64	58	.977		
รวม	284.00	60			

4. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล คืนก่อนได้รับโปรแกรม คืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม และคืนที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล คืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม และคืนที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าคืนก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคืนที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าคืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุใน
โรงพยาบาล คืนก่อนได้รับโปรแกรม คืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม และคืนที่ 2 หลังได้รับ
โปรแกรม (n = 30)

ระยะเวลาของการทดลอง	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		คืนก่อนได้รับ โปรแกรม	คืนที่ 1 หลัง ได้รับโปรแกรม	คืนที่ 2 หลัง ได้รับโปรแกรม
คืนก่อนได้รับโปรแกรม	8.73	-	2.96**	3.66**
คืนที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม	5.77	-	-	.70*
คืนที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม	5.07	-	-	-

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

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล คีนาที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม และคีนาที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าคีนก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคีนาที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าคีนาที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยการใช้สมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 6 “เทคนิคการฝึกสมาธิเหยงยาไทยจินตภาพ” และการจำกัดและควบคุมปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อกรนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล สำหรับการให้สมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 6 “เทคนิคการฝึกสมาธิเหยงยาไทยจินตภาพ” นั้น ทำให้ร่างกายมีการควบคุมและฝึกกระบวนประสาทสัมผัสทั้งหก ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหว ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาท ระบบอารมณ์ และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบไหลเวียนโลหิตได้อย่างสมบูรณ์ (สมพร กันทรดุษฎี เจริญชัยศรี, 2550) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการสร้างจินตภาพเป็นวิธีการหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายและให้ผลดีต่อการนอนหลับ (จินดารัตน์ ชัยอาจ, 2556) ที่ผ่านมามีการนำสมาธิบำบัด SKT ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วยการประยุกต์ใช้สมาธิเพื่อการเหยงยาที่มีผลต่อร่างกาย โดยช่วยลดความเครียด ทำให้จิตสงบ (จินตนา อาจสันเทียะ และสมพร กันทรดุษฎี เจริญชัยศรี, 2559) ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการนอนหลับที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังได้รับการดูแลใน

การจำกัดและควบคุมปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อกรนอนหลับ ด้วยวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมแสงและเสียงในหอผู้ป่วย รวมทั้งการปฏิบัติอื่นๆ เช่น การจัดให้นอนในท่าที่สบาย การดูแลให้ขับถ่ายปัสสาวะก่อนการเข้านอน การจัดช่วงเวลาเงียบโดยไม่มีการรบกวนจากการให้การพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลสามารถนอนหลับได้ดีขึ้น เพราะการจัดสิ่งแวดล้อมเป็นการจำกัดและควบคุมปัจจัยภายนอกที่กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ เป็นการช่วยลดระดับความตื่นตัวทางสรีรวิทยาของร่างกายและจิตใจ ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ทำให้การนอนหลับเกิดง่ายขึ้น การเข้าสู่ระยะการนอนหลับเร็วขึ้น ตื่นกลางดึกน้อยลง คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น และหลับลึกได้มากขึ้น (ทานตะวัน อวิรุทธวรกุล, 2563) จึงส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในคีนาที่ 1 และคีนาที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม ดีกว่าคีนก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของสุดารัตน์ ชัยอาจ, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, พิกุล บุญช่วง, และวิจิตร ศรีสุพรรณ (2550) ที่พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม กล่าวคือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง กิจกรรมการพยาบาลที่รบกวนการนอน เป็นปัจจัยรบกวนที่ทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยไม่ดี ดังนั้น การจัดสิ่งแวดล้อมโดยการควบคุมแสงและเสียงในหอผู้ป่วยและลดการทำกิจกรรมการพยาบาลลง ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้มากขึ้น (จินดารัตน์ ชัยอาจ, 2556) และสอดคล้องกับการศึกษาของอารยา โกมล และคณะ (2557) ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤตหมวดที่ 3 การลดการรบกวนจากกิจกรรมพยาบาล และหมวดที่ 5 การดูแลสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเวลา 7 วัน พบว่า ในวันที่ 7 ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้แนวปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรมานำโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยปรับให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยที่มีความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่แตกต่างกัน และลักษณะเฉพาะของแต่ละหอผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยจัดให้มีกลุ่มควบคุม เพื่อให้การเปรียบเทียบผลมีความชัดเจนยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในบริบทอื่นๆ เช่น หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤต

เอกสารอ้างอิง

- จินดารัตน์ ชัยอาจ. (2556). ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในโรงพยาบาล: การจัดการโดยไม่ใช้ยา. *พยาบาลสาร*, 40(พิเศษ), 105–115.
- จินตนา อาจสันเทียะ, และสมพร กันทรคุญ์ เติร์มชัยศรี. (2559). ผลของสมาธิเพื่อการเยียวยาไทยจินตภาพ (SKT6) ในการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 3(2), 51–66.
- จิรวัดน์ มูลศาสตร์, นิติรัฐ นาให้ผล, อวิศา พบลาก, กัญญาณี เวชกามา, มานะ ศิริพัฒน์, และพงษ์พิพัฒน์ ภูวนเพ็ญ. (2557). การนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปและสภาพแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วย. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 35(3), 151–165.
- จุไรรัตน์ ดือขุนทด, สิริลักษณ์ โสมานสรณ์, และวาริ กังใจ. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการผ่อนคลายโดยการฟังดนตรีธรรมะร่วมกับสวดมนต์บำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม*, 32(1), 15–30.
- ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(3), 123–132.
- ทานตะวัน อวิรุทธวรกุล. (2563). การรักษาอาการนอนไม่หลับโดยไม่ใช้ยา. ใน วิสาขศิริ ดันตระกูล, ประพันธ์ กิตติวรวิทย์กุล, และอรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์ (บ.ก.), *การนอนหลับในผู้สูงอายุ* (น. 114–125). นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นิตยา จันทบุตร, และครองสินธุ์ เขียนชานาญ. (2563). ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ: ความท้าทายของการพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 4(2), 20–39.
- ประพันธ์ กิตติวรวิทย์กุล. (2563). ความรู้พื้นฐานการนอนหลับในคนทุกวัย. ใน วิสาขศิริ ดันตระกูล, ประพันธ์ กิตติวรวิทย์กุล, และอรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์ (บ.ก.), *การนอนหลับในผู้สูงอายุ* (น. 1–15). นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์. (2563). ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุและแนวทางการจัดการทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(1), 139–150.

- วิสาขศิริ ดันตระกูล. (2563). ปัญหาการนอนหลับที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. ใน วิสาขศิริ ดันตระกูล, ประพันธ์ กิตติวรวิทย์กุล, และอรุณวรรณ พงษ์พิพันธุ์ (บ.ก.), *การนอนหลับในผู้สูงอายุ* (น. 16–30). นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สมพร กันทรดุษฎี เจริญชัยศรี. (2550). *การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุตารัตน์ ชัยอาจ, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, พิกุล บุญช่วง, และวิจิตร ศรีสุพรรณ. (2550). คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(4), 50–63.
- สุริรัตน์ ณ วิเชียร. (2564). การนอนหลับของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(2), 18–31.
- อารยา โกมล, เฟลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และวิภา แซ่เตี๋ย. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาล*, 63(3), 11–18.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier/Saunders.
- Nagel, C. L., Markie, M. B., Richards, K. C., & Taylor, J. L. (2003). Sleep promotion in hospitalized elders. *Medsurg Nursing*, 12(5), 279–289.
- Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Mosby, MO: Elsevier.

บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนัง ในผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน Nursing Roles in Lipohypertrophy Prevention of Patients Receiving Insulin Injection

ณัชฎา ธนกิจธรรมกุล, วท.ม. (เภสัชวิทยา) ¹

Nayada Thanakijtummakul, M.S. (Pharmacology) ¹

Received: August 7, 2020

Revised: April 20, 2022

Accepted: May 7, 2022

บทคัดย่อ

การเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนัง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน อันเป็นผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของระบบภูมิคุ้มกันจากการได้รับอินซูลินซ้ำๆ เกิดขึ้นในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ทำให้เซลล์ไขมันขยายและแบ่งตัว เกิดก้อนไขมันสะสมใต้ผิวหนังที่ผิดปกติ ส่งผลให้การดูดซึมอินซูลินช้าลงและไม่สามารถคาดการณ์ปริมาณที่ดูดซึมได้ ทำให้เกิดความต้องการอินซูลินที่สูงขึ้นอย่างไม่เหมาะสมและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนัง และเทคนิคการฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการประเมินและตรวจสอบบริเวณที่ฉีดอินซูลินอย่างสม่ำเสมอ เพื่อที่จะสามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนังในผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การป้องกัน ก้อนไขมันใต้ผิวหนัง ยาฉีดอินซูลิน

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่

¹ Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai Province,

E-mail: Nayada54@gmail.com

Abstract

Lipohypertrophy (LH) is a common complication in patients with diabetes caused by insulin injections. As a result of the immune-mediated adverse effects of repeated insulin exposure. It occurs in subcutaneous tissue. The fat cells enlarge and proliferate resulting in an abnormal accumulation of fat underneath the surface of the skin. This effect makes insulin absorb slower and unpredictable, causing inappropriately high insulin requirements and unable to control blood sugar levels. Therefore, nurses need to have knowledge and understanding about the occurrence of lipohypertrophy and the correct insulin injection technique, including evaluating and examining insulin injection sites regularly. To be able to provide knowledge, improve awareness, and provide nursing care to prevent and reduce the incidence of lipohypertrophy in patients receiving insulin injection.

Keywords: Nursing roles, Prevention, Lipohypertrophy, Insulin injection

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติระบุว่า ในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 537 ล้านคน หากไม่มีการดำเนินการเพื่อแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยจำนวน 4 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 6.10 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2021) การรักษาโรคเบาหวานมักเริ่มด้วยการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน หากผู้ป่วยตอบสนองต่อยาไม่ดีหรือมีภาวะของโรคเบาหวานที่รุนแรงขึ้น จะรักษาด้วยการใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมด้วย (American Diabetes Association, 2018) ในปัจจุบันคาดว่า มีผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาฉีดอินซูลินจำนวน 150–200 ล้านคน (Garg, Rewers, & Akturk, 2018) ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับยาฉีดอินซูลินทดแทนตลอดชีวิตเพื่อควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งการได้รับยาฉีดอินซูลินจะช่วยลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากภาวะกรดอะซิโตนหรือ hyperosmolar hyperglycemic states และเพื่อลดความเสี่ยงของ microvascular ในระยะยาว (Basu et al., 2019) การฉีดอินซูลินส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจและด้านร่างกาย โดยผลกระทบด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการฉีดยา ไม่มั่นใจ กลัวเจ็บ กลัวเข็ม กลัวภาวะน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง และกลัวเป็นภาระของครอบครัวมากขึ้น (Abu Ghazaleh et al., 2018) ส่วนผลกระทบด้านร่างกาย พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดการเปลี่ยนแปลงของบริเวณผิวหนังที่ฉีด ได้แก่ การเกิดรอยฟกช้ำตรงตำแหน่งที่ฉีด (bruise) ผิวหนังหรือไขมันใต้ผิวหนังบริเวณที่ฉีดฝ่อ (lipoatrophy) การเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนังบริเวณที่ฉีด (lipohypertrophy [LH]) (Sahasrabudhe, Limaye, & Gokhale, 2017) ซึ่งในบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนัง (ในบทความส่วนที่เป็นเนื้อหา ใช้คำว่า LH แทนคำภาษาไทยและคำเต็มภาษาอังกฤษ) ซึ่ง LH เป็นภาวะ

แทรกซ้อนทางผิวหนังที่พบได้บ่อย โดยพบอุบัติการณ์การเกิดถึงร้อยละ 36–64 และเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้การดูดซึมอินซูลินลดลงมากกว่าร้อยละ 25 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2559) และไม่สามารถคาดการณ์ปริมาณที่ดูดซึมได้ เกิดความต้องการปริมาณอินซูลินที่สูงขึ้นอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) สูงขึ้น (Campinos et al., 2017; Gentile et al., 2021) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับ LH ในประเด็นกลไกและอุบัติการณ์การเกิด ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง รวมทั้งมีกรณีศึกษาที่เชื่อมโยงถึงบทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิด LH เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิด LH อันนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลในการให้ความรู้ ส่งเสริมให้เกิดความตระหนัก และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและลดการเกิด LH ในผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลินต่อไป

กลไกและอุบัติการณ์การเกิด lipohypertrophy

LH เกิดจากปัจจัยด้านภูมิคุ้มกัน (immunological factor) จากการที่อินซูลินออกฤทธิ์เฉพาะที่ โดยไปจับกับ receptor เกิดการกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ tyrosine kinase ซึ่งจะกระตุ้น signal transduction ต่าง ๆ ทำให้เกิดการเก็บคาร์โบไฮเดรตในรูปของไกลโคเจน มีการสังเคราะห์โปรตีนและไขมัน ทำให้เซลล์ไขมันเพิ่มขึ้น เกิดการสะสมไขมันที่ผิดปกติ ลักษณะเป็นก้อนไขมันกลมเรียบ แข็งคล้ายฟองผึ้งและแข็งกว่าผิวหนังบริเวณรอบ ๆ อยู่ในชั้นไขมันใต้ผิวหนัง อาจมีขนาดเป็นเซนติเมตรหรือเป็นนิ้ว (Olsen, 2018; Sürücü & Arslan, 2018) ซึ่งไม่เหมือนกับกระบวนการแพ้ และการฟ่อหรือสลายตัวของเนื้อเยื่อไขมัน (lipoatrophy) (Dar, Dar, & Wani, 2013)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์การเกิด LH ในต่างประเทศ ร้อยละ 36–64 (Blanco, Hernández, Strauss, & Amaya, 2013; Gupta, Chaoji, Gupta, Gupta, & Gathe, 2019; Ji et al., 2017; Nasser,

Hammad, & Omran, 2017; Pozzuoli, Laudato, Barone, Crisci, & Pozzuoli, 2018; Tsadik, Atey, Nedi, Fantahun, & Feyissa, 2018) ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มากกว่าชนิดที่ 2 (Blanco et al., 2013; Gupta et al., 2019) สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาอุบัติการณ์การเกิด LH ก่อนข้างน้อย มีเพียงการศึกษาของ Thewjitcharoen et al. (2020) ที่ทำการศึกษาศักยภาพปัจจัยเสี่ยง และลักษณะทางคลินิกของการเกิด LH ในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน ในโรงพยาบาลเทพารินทร์พบอุบัติการณ์การเกิด LH ร้อยละ 37.20 จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 400 ราย โดยในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 46.40 และชนิดที่ 2 ร้อยละ 35.50

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด lipohypertrophy

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด LH ในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินนั้นมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และปัจจัยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนี้

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

1.1 อายุ ความเสี่ยงต่อการเกิด LH สูงขึ้นในผู้สูงอายุ เนื่องจากคอลลาเจนและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ส่งผลให้ผิวหนังบาง สูญเสียความยืดหยุ่น ทำให้มีผลต่อการยึดขยายตัวของเนื้อเยื่อและการดูดซึมอินซูลิน (Gentile et al., 2021)

1.2 ปฏิกริยาภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยแต่ละรายมีปฏิกริยาการตอบสนองต่อภูมิคุ้มกันที่แตกต่างกัน เมื่อได้รับยาฉีดอินซูลิน ทำให้มีการเพิ่มการสังเคราะห์โปรตีนและไขมันที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีเซลล์ไขมันเพิ่มขึ้นแตกต่างกัน (Dar et al., 2013)

1.3 น้ำหนัก ความถี่ของการเกิด LH สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคอ้วน โดยผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม² จะพบอุบัติการณ์การเกิด LH สูงกว่า แสดงให้เห็นว่า ปริมาณเนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนังอาจเป็นสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงในการพัฒนาการเกิด LH (Sürücü & Arslan, 2018)

1.4 ชนิดอินซูลิน ส่งผลโดยตรงกับปริมาณการฉีดในแต่ละวัน เนื่องจากระยะเวลาการออกฤทธิ์ของอินซูลินแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน โดย basal insulin (อินซูลินที่หลังจากดัก่อนตลอดเวลา) มีระยะเวลาในการออกฤทธิ์นานกว่า bolus insulin (อินซูลินที่หลังเมื่อมีการกระตุ้นจากการดูดซึมกลูโคสจากทางเดินอาหาร) จึงทำให้จำนวนการฉีดอินซูลินของ basal insulin น้อยกว่า bolus insulin จากการศึกษาของ Sürücü and Arslan (2018) พบว่า การเกิด LH ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย basal insulin เพียงชนิดเดียวพบได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย basal insulin ร่วมกับ bolus insulin เพราะผู้ป่วยที่ใช้เพียง basal insulin จะฉีดวันละ 1 ครั้ง แต่ผู้ป่วยที่ใช้ basal insulin ร่วมกับ bolus insulin จะต้องฉีดวันละ 4 ครั้งหรือมากกว่า

1.5 ปริมาณอินซูลิน พบว่า ปริมาณการฉีดอินซูลินต่อวันมากกว่า 50 unit ทำให้เกิด LH เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากปริมาณอินซูลินที่สูงจะทำให้เกิดกระบวนการสร้างไขมัน (lipogenesis) บนผิวหนัง (AlJaber, Sales, Almigbal, Wajid, & Batais, 2020)

1.6 จำนวนครั้งของการฉีดอินซูลิน พบว่า ยิ่งจำนวนครั้งของการฉีดอินซูลินในแต่ละวันมากขึ้นจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด LH เนื่องจากผิวหนังมีการสัมผัสกับอินซูลิน ทำให้เกิดการกระตุ้นการออกฤทธิ์ของอินซูลินเฉพาะที่บ่อย โอกาสที่จะเกิด LH จึงมากขึ้น (Sürücü & Arslan, 2018)

1.7 ระยะเวลาในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานมีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและปริมาณการใช้ฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินเป็นเวลานานมีแนวโน้มที่จะได้รับยาในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งปริมาณยาที่สูงจะส่งผลโดยตรงต่อการเกิด lipogenic effect บริเวณที่ฉีดจากการศึกษาของ AlJaber et al. (2020) พบการเกิด LH ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานมานาน

11-15 ปี ร้อยละ 22.50 และมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 50

2. ปัจจัยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้

2.1 การเปลี่ยนตำแหน่งในการฉีด การฉีดยาหลายครั้งในตำแหน่งเดียวกัน เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยเกิดจากการที่อินซูลินออกฤทธิ์เฉพาะที่ ทำให้เกิดการกระตุ้นการสร้างโปรตีนและไขมัน การฉีดยาในตำแหน่งเดิมซ้ำๆ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นมีการสัมผัสและกระตุ้นการสร้างโปรตีนและไขมันอยู่เรื่อย ๆ จึงทำให้เกิด LH มากยิ่งขึ้น จากการศึกษา พบอุบัติการณ์การเกิด LH ในผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลินซ้ำในตำแหน่งเดิมถึงร้อยละ 80.70 (Sürücü & Arslan, 2018) ส่วนสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สลับตำแหน่งในการฉีดและฉีดซ้ำในตำแหน่งที่เกิด LH เนื่องจากปฏิบัติจนเป็นนิสัย (ร้อยละ 34.70) ไม่มีเหตุผล (ร้อยละ 26.40) ความปวดจะน้อยลงเมื่อฉีดในตำแหน่งที่เกิด LH (ร้อยละ 22.10) และเป็นตำแหน่งที่สะดวกต่อการฉีด จึงฉีดในตำแหน่งเดิมซ้ำๆ (ร้อยละ 16.80) (Frid, Hirsch, Menchior, Morel, & Strauss, 2016)

2.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการฉีด การใช้เข็มซ้ำหลายครั้งจะทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉีดจากการเสียดสีของโครงสร้างซิลิโคนของเข็ม ซึ่งความคมของเข็มจะลดลงเมื่อผ่านการใช้งานในแต่ละครั้ง ทำให้เกิดอาการปวดและฟกช้ำ หรือมีเลือดออกได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการปนเปื้อนของแบคทีเรียและเกิดการอักเสบในบริเวณที่ฉีด จากการศึกษาพบว่ายิ่งมีจำนวนการใช้เข็มซ้ำมากขึ้น อุบัติการณ์การเกิด LH จะเพิ่มสูงขึ้น ดังการศึกษาของ Frid et al. (2016) ที่พบอุบัติการณ์การเกิด LH ในผู้ป่วยที่ใช้เข็มซ้ำ 2 ครั้ง ร้อยละ 33.90 ใช้เข็มซ้ำ 3-5 ครั้ง ร้อยละ 35.10 และใช้เข็มซ้ำมากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 44.80 และจากการศึกษาของ Sürücü and Arslan (2018) พบอุบัติการณ์การเกิด LH ในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนเข็มทุกครั้งที่ฉีดอินซูลิน ร้อยละ 29.20 และใช้เข็มซ้ำอย่างน้อย 3 ครั้ง ร้อยละ 69.20

2.3 ความยาวของเข็ม ปัจจุบันไม่ได้มีการกำหนดอย่างชัดเจนเกี่ยวกับความยาวของเข็มที่ใช้ในการฉีด

อินซูลินของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากกายวิภาคหรือสรีระของผู้ป่วยไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยจึงมีการเลือกใช้เข็มที่มีความยาวแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าความยาวของเข็มมีความเกี่ยวข้องกับการเกิด LH โดยอุบัติการณ์การเกิด LH จะเพิ่มขึ้นตามความยาวของเข็ม ผู้ป่วยที่ใช้เข็มยาว 4 มิลลิเมตร เกิด LH ร้อยละ 47.40 ใช้เข็มยาว 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 50.40 และใช้เข็มยาว 8 มิลลิเมตร ร้อยละ 62.90 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เข็มยาว 12 มิลลิเมตร เกิด LH เพิ่มขึ้นเป็น 7.41 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ใช้เข็มยาว 8 มิลลิเมตร (Sürücü & Arslan, 2018)

ปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด LH โดยเฉพาะการเปลี่ยนตำแหน่งในการฉีดอินซูลิน ควรตรวจสอบและเปลี่ยนตำแหน่งในการฉีดทุกครั้ง รวมถึงความถี่ในการเปลี่ยนเข็ม และการเลือกเข็มที่มีความยาวเหมาะสม นับเป็นเทคนิคสำคัญในการฉีด

อินซูลิน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิด LH

อาการและอาการแสดงของการเกิด lipohypertrophy
การเกิด LH มีอาการและอาการแสดง ดังนี้ (Blanco et al., 2013; Gentile, Guarino, Giancaterini, Guida, & Strollo, 2016)

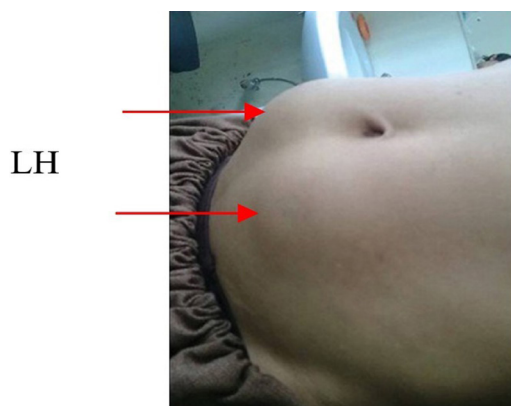
1. เป็นก้อนแข็งผิวเรียบ ขนาดเล็กหรือใหญ่
2. พื้นที่ผิวมีเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 1 นิ้ว
3. ผิวหนังมีความแข็งมากกว่าผิวหนังบริเวณอื่นๆ

ในร่างกาย

4. เกิดขึ้นชั่วคราวที่ตำแหน่งเดียว หากมีอาการเลือดออกอาจพักช้านาน 2-3 วัน

5. หากมีลักษณะเป็นรอยแดงหรือฟกช้ำที่ผิดปกติ และมีอาการปวด แสดงถึงการติดเชื้อหรือการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ซึ่งควรรายงานแพทย์

ลักษณะภายนอกของ LH แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ลักษณะภายนอกของ LH (Mokta, Mokta, & Panda, 2013)

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายรายหนึ่ง อายุ 64 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคตับแข็ง ได้รับการรักษาโดยการฉีดอินซูลินด้วยตัวเองที่บ้านนานกว่า 10 ปี มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ล่าสุดผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาล

ในเลือดสูง จากการพบทวนเวชระเบียนพบว่า 1 เดือนที่ผ่านมา แพทย์ได้ปรับเพิ่มยา humulin 70/30 จาก 40-0-16 unit เป็น 54-0-60 unit SC ac ในระหว่างเข้ารับการรักษ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แพทย์ปรับระดับยา humulin 70/30 เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 80-0-60 unit เป็น 96-0-72 unit,

114–0–52 unit และ 170–0–52 unit SC ac ตามลำดับ และได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางต่อมไร้ท่อเพื่อทำการประเมินปัญหาผู้ป่วย แพทย์เฉพาะทางประเมินและตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมี LH บริเวณหน้าท้อง

เมื่อสอบถามผู้ป่วยถึงพฤติกรรมการฉีดอินซูลินพบว่า ผู้ป่วยมักฉีดยาตรงตำแหน่งหน้าท้องด้านขวาเนื่องจากเป็นตำแหน่งที่เจ็บน้อยที่สุดและสะดวกที่สุด เพราะผู้ป่วยถนัดมือขวา และหากเปลี่ยนตำแหน่งฉีดยาจะรู้สึกหน้ามืด ใจสั่น และจากการตรวจร่างกายพบว่า บริเวณหน้าท้องด้านขวามีลักษณะเป็นก้อนไขมันแข็งๆ และมีรอยขีด

จากกรณีศึกษาพบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากเทคนิคการฉีดอินซูลินด้วยตัวเองของผู้ป่วยที่บ้าน สะท้อนให้เห็นว่า เทคนิคการสอนหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอาจไม่เหมาะสมและเพียงพอที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ ซึ่งพยาบาลควรมีการติดตามดูแลเพื่อประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการฉีดยา วิธีการฉีด การหมุนเวียนตำแหน่งในการฉีด การสังเกตหรือประเมินก่อนที่ผิวหนัง ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสอนหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วย อันนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิด lipohypertrophy

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนสำคัญในการป้องกันการเกิด LH เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยเป็นทั้งผู้ปฏิบัติ การพยาบาลและผู้ที่คำแนะนำ คำปรึกษา และสอนผู้ป่วยในการดูแลตัวเอง ซึ่งบทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิด LH ในผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน มีดังนี้

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน ประเมินความคิดและความรู้สึกต่อการฉีดอินซูลิน ภาวะกลัวเข็ม การรับรู้ และความทนต่อความเจ็บปวด เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล และให้

ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและความจำเป็นของการรักษาด้วยอินซูลิน เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและการยอมรับต่อการฉีดยา (Gradel et al., 2018)

2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการเกิด LH โดยใช้วิธีการสอบถาม และประเมินทักษะเกี่ยวกับการประเมิน LH โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติให้ดู พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้อธิบายความคิดและความรู้สึกต่อการรักษา

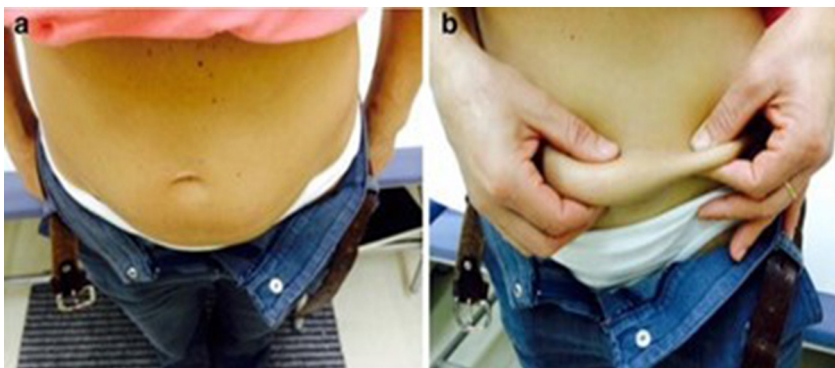
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิด LH การประเมิน LH และความสำคัญของการป้องกันการเกิด LH เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ ดังนี้

3.1 อธิบายสาเหตุของการเกิด LH ปัจจัยเสี่ยง อาการ และผลกระทบจาก LH

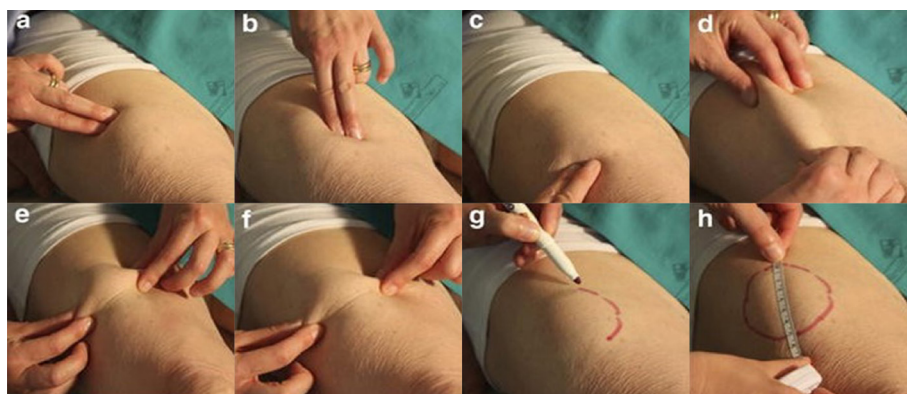
3.2 กระตุ้นให้ตรวจสอบผิวหนังบริเวณที่ฉีดอินซูลินทุกครั้งก่อนฉีดยา และตรวจสอบโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

3.3 สอนการประเมิน LH และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ โดยสอบถามผู้ป่วยว่า “คุณมีอาการบวมหรือมีก้อนนูนใต้ผิวหนังตรงตำแหน่งที่ฉีดยาเป็นประจำหรือไม่” หากผู้ป่วยตอบว่ามี ให้ทำการตรวจร่างกายว่ามีเกิด LH หรือไม่ (Frid et al., 2016) เมื่อพบว่ามีการเกิด LH ให้สอบถามเพิ่มเติมว่าเป็นมานานเท่าใด

สำหรับวิธีการตรวจสอบบริเวณที่สงสัยว่าจะเกิด LH สามารถทำได้โดยการสังเกตและการสัมผัส รวมถึงการใช้เทคนิคการคลำอย่างละเอียด (เคลื่อนปลายนิ้วเป็นวงกลมในแนวตั้งอย่างช้าๆ และพยายามทำซ้ำจุดเดียวกันในแนวนอน) ควรทำอย่างนุ่มนวลและอ่อนโยนในขณะสัมผัสผิวหนังที่จุดเริ่มต้น และค่อยๆ เพิ่มแรงกดของนิ้วในภายหลัง ทำการยกผิวหนังขึ้นเมื่อรู้สึกถึงความหนาขึ้นของผิวหนัง โดยเปรียบเทียบความหนาของจุดที่สงสัยกับพื้นที่โดยรอบ (Gentile et al., 2016) วิธีการตรวจสอบการเกิด LH แสดงในภาพที่ 2 และวิธีการระบุรอยโรค LH แสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 2 ตำแหน่งที่นูนของผนังหน้าท้องด้านล่างใต้สะดือที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเลือกใช้เพื่อฉีดอินซูลิน (a); การใช้มือขวาจับผิวหนังที่มีลักษณะเป็นแผ่นหนาในบริเวณที่มีแผ่นผิว LH ขนาดใหญ่ ในขณะที่มีเพียงรอยพับของผิวหนังขนาดเล็กในบริเวณที่ผู้ป่วยไม่สนใจฉีดอินซูลิน (b) (Gentile et al., 2016)



ภาพที่ 3 วิธีการระบุรอยโรค LH หลังจากการตรวจสอบผิวหนังอย่างละเอียด โดยการใช้ปลายนิ้วคลำในแนวตั้งและในแนวนอนซ้ำไปมารอบๆ (a-c) การบีบนิ้ว (d-f) การทำเครื่องหมาย (g) และการวัดขนาด (h) (Gentile et al., 2016)

สำหรับรอยโรค LH ที่มีขนาดเล็กและแบนราบ ก็สามารถประเมินได้ด้วยวิธีการคลำดังที่กล่าวมาข้างต้น (Gentile et al., 2016)

3.4 หากตรวจสอบผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา แล้วพบว่าเกิด LH ให้หลีกเลี่ยงบริเวณนั้นอย่างน้อย 1 เดือน หรือจนกว่าจะหาย และตรวจสอบตำแหน่งทุกครั้งก่อนเริ่มฉีดที่ตำแหน่งเดิม (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2559)

4. ให้ความรู้และสอนทักษะเกี่ยวกับเทคนิค

การฉีดอินซูลิน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฉีดอินซูลินได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการเกิด LH และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ซึ่งการสอนเทคนิคที่ถูกต้องนั้น นอกจากจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิด LH แล้ว ยังมีผลทำให้ปริมาณอินซูลินที่ผู้ป่วยต้องได้รับในแต่ละวันลดลง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการฉีดอินซูลินในทางที่ดีขึ้น ดังการศึกษาของ Campinos et al. (2017) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านเทคนิคการฉีดอินซูลิน

รวมถึงการใช้ปากกาขนาด 4 มิลลิเมตร ในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินและมีภาวะ LH พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่ฉีดยาซ้ำในตำแหน่งเดิมเพิ่มขึ้น โดยในเดือนแรกพบผู้ป่วยที่ไม่ฉีดยาซ้ำในตำแหน่งเดิม ร้อยละ 15.80 ในเดือนที่ 3 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80.60 และในเดือนที่ 6 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.90 นอกจากนี้ ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้เข็มฉีดยาครั้งเดียวก็เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 71.70 เป็นร้อยละ 90 ในเดือนที่ 3 และเป็นร้อยละ 93.90 ในเดือนที่ 6 สำหรับความรู้และ เทคนิคเกี่ยวกับการฉีดอินซูลินที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการ เกิด LH มีรายละเอียดดังนี้

4.1 การเลือกตำแหน่งในการฉีดอินซูลิน ก่อนทำการฉีดอินซูลินให้พิจารณาว่า การฉีดอินซูลินที่ตำแหน่งใด ทำให้รู้สึกสะดวก สบาย และปลอดภัย ซึ่งการฉีดอินซูลินนั้นจะฉีดเข้าชั้นไขมันใต้ผิวหนัง โดยตำแหน่งที่มีการดูดซึมอินซูลินจากดีที่สุดไปหาแย่ที่สุด ตามลำดับเป็นดังนี้ (Weatherspoon, 2019)

- หน้าท้อง เป็นบริเวณที่มีไขมันมากพอควร และเป็นบริเวณที่การเคลื่อนไหวมีผลต่อการดูดซึมน้อย ทำให้การดูดซึมยาของตำแหน่งที่ฉีด คือ ห่างจากขอบสะดืออย่างน้อย 3 เซนติเมตร หรือ 2 นิ้วมือ ซึ่งตำแหน่งนี้ มีการดูดซึมอินซูลินได้ดีที่สุดและเจ็บน้อยที่สุด เนื่องจาก

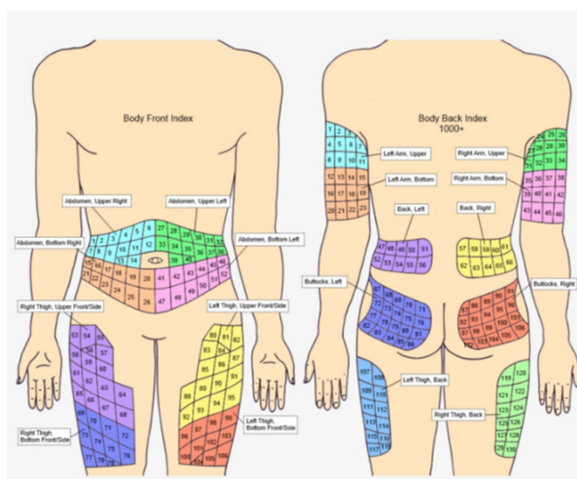
มีเลือดไปเลี้ยงมากและมีอุณหภูมิสูงกว่าบริเวณอื่น จึงเหมาะสำหรับการฉีดอินซูลินที่ออกฤทธิ์สั้นและ ต้องการการดูดซึมที่รวดเร็ว

- ต้นแขน 2 ข้าง เป็นตำแหน่งที่มีการดูดซึมอินซูลินได้ปานกลาง รองลงมาจากบริเวณหน้าท้อง

- ต้นขา 2 ข้าง ในการฉีดอินซูลินบริเวณนี้ ต้องระวังความเสี่ยงในการฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ เนื่องจาก ต้นขามีความหนาของผิวหนังน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบริเวณอื่น ๆ

4.2 การเปลี่ยนตำแหน่งในการฉีดอินซูลิน การเปลี่ยนตำแหน่งสามารถทำได้โดยเปลี่ยนจากด้านซ้ายไปด้านขวา หรือเปลี่ยนตำแหน่งที่ฉีด เช่น จากต้นขาซ้ายไปต้นขาขวา หรือจากต้นขาขวาไปหน้าท้อง โดยยึดหลักดังนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2559)

- ควรฉีดที่ตำแหน่งเดิม เช่น ฉีดที่ต้นขาขวา เป็นเวลาอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ โดยฉีดที่ตำแหน่งเดิม ทุก ๆ วัน แต่ย้ายจุดฉีดให้ห่างจากจุดเดิมประมาณ 3 เซนติเมตร หรือ 2 นิ้วมือ เมื่อฉีดครบ 1-2 สัปดาห์แล้ว จึงเปลี่ยนไปฉีดที่ตำแหน่งหรือบริเวณอื่น ทั้งนี้ไม่ควรย้ายตำแหน่งในการฉีด เช่น วันที่ 1 ฉีดที่ต้นขา วันที่ 2 ฉีดที่หน้าท้อง เพราะจะส่งผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตำแหน่งในการฉีดอินซูลิน แสดงในภาพที่ 4

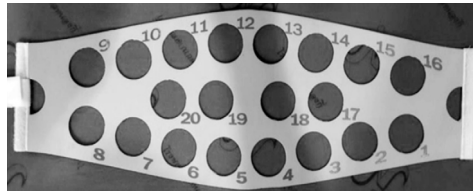


ภาพที่ 4 ตำแหน่งในการฉีดอินซูลิน (Sirma Medical Systems, 2019)

- ตำแหน่งใดที่สามารถฉีดได้ 2 ข้าง ควรเปลี่ยนตำแหน่งในการฉีดให้เป็นบริเวณเดียวกัน เช่น เปลี่ยนจากต้นขาซ้ายไปต้นขาขวา ต้นแขนซ้ายไปต้นแขนขวา

ปัจจุบันได้มีการคิดค้นแนวปฏิบัติและนวัตกรรมเกี่ยวกับการฉีดอินซูลินเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาที่คิดค้นนวัตกรรมที่ช่วยให้การเปลี่ยนตำแหน่งในการฉีดอินซูลินอย่างมีแบบแผน ไม่ซ้ำเดิม ของวชิรญาณ์ การเกษ และปัฐยาวัชร ปรากฏผล (2560) ที่ได้สร้างนวัตกรรม GPs Insulin สำหรับการฉีดอินซูลินบริเวณหน้าท้อง โดยการนำแผ่น GPs Insulin ทาบที่หน้าท้อง ให้สะดืออยู่ตรงกลาง

ระหว่างช่องหมายเลข 18 กับ 19 ให้เริ่มฉีดตรงกลางที่ช่องหมายเลข 1 ครั้งต่อไปให้ฉีดที่ช่องหมายเลข 2 ฉีดตามตำแหน่งไปเรื่อย ๆ จนถึงช่องหมายเลข 20 เมื่อฉีดครบ 20 ช่องแล้ว การฉีดครั้งต่อไปให้วนมาที่ช่องหมายเลข 1 ใหม่ การป้องกันการลืมหมายเลขช่องที่จะฉีด คือ ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลติดแผ่นสติ๊กเกอร์สีเขียบบนขอบช่องสุดท้ายที่ฉีดเสมอ ดังนั้น การฉีดอินซูลินครั้งต่อไป คือ ฉีดในตำแหน่งที่ถัดจากตำแหน่งที่ติดแผ่นสติ๊กเกอร์สีเขียวไว้ นวัตกรรม GPs Insulin แสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 นวัตกรรม GPs Insulin (วชิรญาณ์ การเกษ และปัฐยาวัชร ปรากฏผล, 2560)

4.3 การเลือกใช้เข็มให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยความยาวของเข็มและการทำมุมกับผิวหนังมีดังนี้ (Forum for Injection Technique, 2018)

4.3.1 กรณีใช้ปากกาฉีดกับหัวเข็มฉีดอินซูลิน เข็มมีความยาว 4–8 มิลลิเมตร

- หากเข็มมีความยาว 4–5 มิลลิเมตร ไม่ต้องยกผิวหนังขึ้น ฉีดทำมุม 90 องศากับผิวหนัง

- หากเข็มมีความยาว 6 มิลลิเมตร ผู้ป่วยผู้ใหญ่ไม่ต้องยกผิวหนังขึ้น ฉีดทำมุม 90 องศากับผิวหนัง ส่วนผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ผอมมาก ไม่ต้องยกผิวหนังขึ้น ฉีดทำมุม 45 องศากับผิวหนัง หรือยกผิวหนังขึ้น ฉีดทำมุม 90 องศากับผิวหนัง สำหรับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น ยกผิวหนังขึ้น ฉีดทำมุม 45 องศากับผิวหนัง

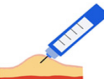
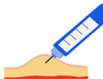
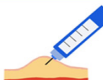
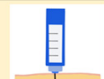
- หากเข็มมีความยาว 8 มิลลิเมตร ผู้ป่วยผู้ใหญ่ยกผิวหนังขึ้น ฉีดทำมุม 90 องศากับผิวหนัง

ส่วนผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ผอมมาก และผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น ยกผิวหนังขึ้น ฉีดทำมุม 45 องศากับผิวหนัง

4.3.2 กรณีใช้เข็มที่ติดมากับกระบอกฉีดอินซูลิน เข็มมีความยาว 8 มิลลิเมตร

ผู้ป่วยผู้ใหญ่ยกผิวหนังขึ้น ฉีดทำมุม 90 องศากับผิวหนัง ส่วนผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ผอมมาก และผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น ยกผิวหนังขึ้น ฉีดทำมุม 45 องศากับผิวหนัง

โดยทั่วไป ผิวหนังมีความหนาอยู่ในช่วง 1.90–2.40 มิลลิเมตร ดังนั้น การใช้เข็มที่มีความยาว 4–5 มิลลิเมตร จะยาวเพียงพอที่จะบริหารยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง และป้องกันการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ ความยาวของเข็มและการทำมุมกับผิวหนังในการฉีดอินซูลิน แสดงในภาพที่ 6

	4-5 มิลลิเมตร	6 มิลลิเมตร	8 มิลลิเมตร
เด็กและวัยรุ่น			
ผู้ใหญ่ที่ผอมมาก			
ผู้ใหญ่			

ภาพที่ 6 ความยาวของเข็มและการทำมุมกับผิวหนังในการฉีดอินซูลิน

การเลือกความยาวของเข็มและการทำมุมกับผิวหนังที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จะช่วยป้องกันการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ ซึ่งอินซูลินจะถูกดูดซึมได้เร็วกว่าปกติเมื่อฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ และเพิ่มโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ (Gradel et al., 2018)

4.4 ความถี่ในการเปลี่ยนเข็ม หากเป็นไปได้ ควรเปลี่ยนเข็มทุกครั้งในการฉีด หรือใช้เข็มซ้ำไม่เกิน 5 ครั้ง ซึ่งต้องมั่นใจว่าสะอาดและไม่มีการอุดตัน โดยหลังฉีดยาเสร็จให้นำปลอกหุ้มปิดครอบเข็มไว้ทุกครั้ง เนื่องจากเข็มที่ใช้แล้วจะลดความคม ทำให้การฉีดครั้งต่อไป อาจมีอาการปวด เพิ่มโอกาสเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนัง รวมถึงอาจทำให้ปริมาณอินซูลินที่ได้รับไม่สม่ำเสมอ

สรุป

การเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน ส่งผลกระทบต่อการดูดซึมอินซูลินและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และสร้างความตระหนักเพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว โดยตรวจสอบผิวหนังทุกครั้งก่อนผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง ได้แก่ การเลือกตำแหน่งในการฉีดอินซูลินที่เหมาะสม หากผู้ป่วยมีก้อนไขมันใต้ผิวหนัง ให้หลีกเลี่ยงการฉีดอินซูลินบริเวณนั้นอย่างน้อย 1 เดือน หรือจนกว่า

ก้อนไขมันใต้ผิวหนังจะหายไป และให้ตรวจสอบผิวหนังทุกครั้งก่อนเริ่มฉีดอินซูลินในตำแหน่งเดิม มีการหมุนเวียนตำแหน่งในการฉีดอินซูลินอย่างมีแบบแผน และเลือกใช้เข็มฉีดอินซูลินที่เหมาะสม เปลี่ยนเข็มทุกครั้งเมื่อฉีดอินซูลินหรือใช้เข็มซ้ำไม่เกิน 5 ครั้ง รวมทั้งมีการประเมินการเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนังและตรวจสอบบริเวณที่ฉีดอินซูลินอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

- วชิรญาณุ การเกษ, และปัญญาวรร ปรากฏผล. (2560). ผลของการสอนฉีดด้วยนวัตกรรม GPS Insulin ต่อระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 145–154.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2559). *คำแนะนำการฉีดยาเบาหวานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- Abu Ghazaleh, H., Hashem, R., Forbes, A., Dilwayo, T. R., Duaso, M., Sturt, J., ... Mulnier, H. (2018). A systematic review of ultrasound-detected lipohypertrophy in insulin-exposed people with diabetes. *Diabetes Therapy*, 9(5), 1741–1756. doi:10.1007/s13300-018-0472-7

- AlJaber, A. N., Sales, I., Almigbal, T. H., Wajid, S., & Batais, M. A. (2020). The prevalence of lipohypertrophy and its associated factors among Saudi patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 15(3), 224–231. doi:10.1016/j.jtumed.2020.03.006
- American Diabetes Association. (2018). 6. Glycemic targets: Standards of medical care in diabetes–2018. *Diabetes Care*, 41(Suppl. 1), 55–64. doi:10.2337/dc18-S006
- Basu, S., Yudkin, J. S., Kehlenbrink, S., Davies, J. I., Wild, S. H., Lipska, K. J., ... Beran, D. (2019). Estimation of global insulin use for type 2 diabetes, 2018–30: A microsimulation analysis. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 7(1), 25–33. doi:10.1016/S2213-8587(18)30303-6
- Blanco, M., Hernández, M. T., Strauss, K. W., & Amaya, M. (2013). Prevalence and risk factors of lipohypertrophy in insulin-injecting patients with diabetes. *Diabetes & Metabolism*, 39(5), 445–453. doi:10.1016/j.diabet.2013.05.006
- Campinos, C., Le Floch, J. P., Petit, C., Penfornis, A., Winiszewski, P., Bordier, L., ... Strauss, K. W. (2017). An effective intervention for diabetic lipohypertrophy: Results of a randomized, controlled, prospective multicenter study in France. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 19(11), 623–632. doi:10.1089/dia.2017.0165
- Dar, I. H., Dar, S. H., & Wani, S. (2013). Insulin lipohypertrophy: A non-fatal dermatological complication of diabetes mellitus reflecting poor glycemic control. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*, 1(2), 106–108. doi:10.4103/1658-631X.123646
- Forum for Injection Technique. (2018). *How to inject insulin*. Retrieved from <https://www.diabetescarecommunity.ca/living-well-with-diabetes-articles/medication-articles/fit/how-to-inject-insulin/>
- Frid, A. H., Hirsch, L. J., Menchior, A. R., Morel, D. R., & Strauss, K. W. (2016). Worldwide injection technique questionnaire study: Injecting complications and the role of the professional. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(9), 1224–1230. doi:10.1016/j.mayocp.2016.06.012
- Garg, S. K., Rewers, A. H., & Akturk, H. K. (2018). Ever-increasing insulin-requiring patients globally. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 20(Suppl. 2), 21–24. doi:10.1089/dia.2018.0101
- Gentile, S., Guarino, G., Della Corte, T., Marino, G., Fusco, A., Corigliano, G., ... & Strollo, F. (2021). Lipohypertrophy in elderly insulin-treated patients with type 2 diabetes. *Diabetes Therapy*, 12(1), 107–119. doi:10.1007/s13300-020-00954-3
- Gentile, S., Guarino, G., Giancaterini, A., Guida, P., & Strollo, F. (2016). A suitable palpation technique allows to identify skin lipohypertrophic lesions in insulin-treated people with diabetes. *SpringerPlus*, 5(1), 563. doi:10.1186/s40064-016-1978-y

- Gradel, A. K. J., Porsgaard, T., Lykkesfeldt, J., Seested, T., Gram-Nielsen, S., Kristensen, N. R., & Refsgaard, H. H. F. (2018). Factors affecting the absorption of subcutaneously administered insulin: Effect on variability. *Journal of Diabetes Research*, 2018, 1205121. doi:10.1155/2018/1205121
- Gupta, S. S., Chaoji, S., Gupta, S., Gupta, K., & Gathe, S. (2019). 264-LB: Evaluation of awareness about insulin injection technique and prevalence of lipohypertrophy amongst insulin-taking diabetics in Central India. Retrieved from https://diabetes.diabetesjournals.org/content/68/Supplement_1/264-LB.abstract
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes atlas 2021*. Retrieved from <https://www.idf.org/e-library/welcome/>
- Ji, L., Sun, Z., Li, Q., Qin, G., Wei, Z., Liu, J., ... Hirsch, L. J. (2017). Lipohypertrophy in China: Prevalence, risk factors, insulin consumption, and clinical impact. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 19(1), 61–67. doi:10.1089/dia.2016.0334
- Mokta, J. K., Mokta, K. K., & Panda, P. (2013). Insulin lipodystrophy and lipohypertrophy. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17(4), 773–774. doi:10.4103/2230-8210.113788
- Nasser, J., Hammad, F., & Omran, A. (2017). Lipohypertrophy among insulin-treated patients. *Bahrain Medical Bulletin*, 39(3), 146–149. Retrieved from https://www.bahrainmedicalbulletin.com/SEPT_2017/SEPT2017_LIPO.pdf
- Olsen, N. (2018). *Lipohypertrophy*. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/diabetes/lipohypertrophy>
- Pozzuoli, G. M., Laudato, M., Barone, M., Crisci, F., & Pozzuoli, B. (2018). Errors in insulin treatment management and risk of lipohypertrophy. *Acta Diabetologica*, 55(1), 67–73. doi:10.1007/s00592-017-1066-y
- Sahasrabudhe, R. A., Limaye, T. Y., & Gokhale, V. S. (2017). Insulin injection site adverse effect in a type 1 diabetes patient: An unusual presentation. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 11(8), 10–11. doi:10.7860/JCDR/2017/28919.10433
- Sirma Medical Systems. (2019). *Diabetes: M User's Guide-Mobile*. Retrieved from https://cdn.manula.com/user/14415/16633_18073_en_1541626079.pdf?v=20191209132345
- Sürücü, H. A., & Arslan, H. O. (2018). Lipohypertrophy in individuals with type 2 diabetes: Prevalence and risk factors. *Journal of Caring Sciences*, 7(2), 67–74. doi:10.15171/jcs.2018.011
- Thewjitcharoen, Y., Prasartkaew, H., Tongsumrit, P., Wongjom, S., Boonchoo, C., Butadej, S., ... Himathongkam, T. (2020). Prevalence, risk factors, and clinical characteristics of lipodystrophy in insulin-treated patients with diabetes: An old problem in a new era of modern insulin. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 13, 4609–4620. doi:10.2147/DMSO.S282926

Tsadik, A. G., Atey, T. M., Nedi, T., Fantahun, B., & Feyissa, M. (2018). Effect of insulin-induced lipodystrophy on glycemic control among children and adolescents with diabetes in Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Journal of Diabetes Research*, 2018, 4910962. doi:10.1155/2018/4910962

Weatherspoon, D. (2019). *What are the best insulin injection sites?*. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/316618>

แนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพในการศึกษาการพยาบาล Concept of Entrustable Professional Activities in Nursing Education

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)¹

Soiy Anusorntheerakul, Ph.D. (Development Science)¹

วรณัฐ ไชยวาน, พย.ม. (การผดุงครรภ์)²

รวีวรรณ เผ่ากันหา, กศ.ด. (การศึกษา)³

Woranuch Chaiwan, M.N.S. (Midwifery)²

Raweevan Paokanha, Ed.D. (Education)³

อัญชลี อ้วนแก้ว, พย.ม. (บริหารการพยาบาล)⁴

Anchalee Ounkaew, M.N.S. (Nursing Administration)⁴

ณัฐฐากุล บึงมุ่ม, พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)⁵

Natthakul Buengmoom, M.N.S. (Community Nursing)⁵

Received: October 19, 2021

Revised: March 29, 2022

Accepted: April 5, 2022

บทคัดย่อ

ความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพ เป็นแนวคิดใหม่ที่น่าสนใจทางด้านการศึกษาระดับวิชาชีพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพมีลักษณะเฉพาะ 3 ประการ ได้แก่ 1) การจำกัดจำนวนงานหรือภาระงาน 2) การประเมินที่สะท้อนถึงประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น และ 3) การยอมรับความรับผิดชอบและวัดประเมินได้ การประยุกต์ใช้แนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพในการศึกษาการพยาบาลทำได้โดย 1) ใช้เป็นกรอบการประเมินแบบองค์รวมและบูรณาการแบบรวบยอด 2) ใช้วัดประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามเวลาที่ปฏิบัติจริง 3) ใช้ในการสังเกตหรือประเมินพฤติกรรมของนักศึกษาในวันต่อวัน 4) ใช้ส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย 5) ใช้ในการประเมินผลลัพธ์และกระบวนการเรียนการสอน และ 6) ใช้ในการส่งเสริมความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ต้องนิเทศ การนำแนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาการพยาบาล

¹ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

¹ Associate Professor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: soianu@kku.ac.th

²⁻⁵ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

²⁻⁵ Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

น่าจะเพิ่มความชำนาญของนักศึกษาพยาบาลในสมรรถนะหลัก และเพิ่มระดับความเป็นอิสระในการทำงานได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ: ความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพ สมรรถนะวิชาชีพ การศึกษาการพยาบาล

Abstract

Entrustable professional activities (EPAs) is a newly emerging concept in professional education. The literature review related to EPAs found that three specific characteristics of EPAs were defined; 1) restrict to a limited number of tasks; 2) reflect the experience curve; and 3) include acceptance of responsibility and accountability. The concept of EPAs applied in nursing education is as follows: 1) provides a holistic and integrated assessment framework, 2) measures nursing practice in real time, 3) observes or assesses the students' behavior on a day-to-day, 4) contributes in improving nursing quality and patient safety, 5) evaluates the outcomes, teaching and learning process, and 6) contributes in improving students' autonomy in nursing practice without supervision. The EPAs applied in nursing education will eventually lead to anticipated consequences a mastery of core competencies and an increase in the level of autonomy.

Keywords: Entrustable professional activities, Professional competencies, Nursing education

บทนำ

เป้าหมายการจัดการศึกษาพยาบาลของสภาการพยาบาล คือ การมุ่งผลิตบัณฑิตให้มีสมรรถนะที่จำเป็นตามความต้องการของสังคม โดยการพัฒนานักศึกษาให้มีสมรรถนะศตวรรษที่ 21 และสมรรถนะทางวิชาชีพที่มั่นใจได้ว่าจะให้บริการผู้รับบริการได้อย่างปลอดภัย (สภาการพยาบาล, 2564) จากการศึกษาของสภาการพยาบาล (2564) พบว่า สถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่งผลิตบัณฑิตพยาบาลยังไม่ได้ตามที่คาดหวังอย่างสมบูรณ์ บัณฑิตพยาบาลใหม่มีสมรรถนะด้านทักษะพิสัยที่ปฏิบัติได้จริง (actual entrustable professional activities [actual EPAs]) อยู่ในระดับต่ำกว่าสมรรถนะที่คาดหวัง (ideal EPAs) ดังนั้น

การพัฒนานักศึกษาให้มีสมรรถนะวิชาชีพในระดับที่ต้องการและยอมรับได้ จึงเป็นความท้าทายในการพัฒนาการเรียนการสอน การส่งเสริมการเรียนรู้ การฝึกฝนทักษะการพยาบาลที่จำเป็นในสถานการณ์จำลองให้เกิดความมั่นใจและความพร้อม แล้วจึงฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง จนสามารถปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นด้วยตนเองอย่างถูกต้องและผู้รับบริการปลอดภัย การจัดการเรียนการสอนจึงมุ่งเน้นการส่งเสริมทักษะปฏิบัติและกำหนดระดับกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้อย่างน่าเชื่อถือ (EPAs) เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ (สภาการพยาบาล, 2564) จากเป้าหมายการผลิตบัณฑิตพยาบาลของสภาการพยาบาลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดการเรียนการสอนทาง

การพยาบาล โดยการจัดการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติ ด้วยการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการมากขึ้น เพื่อทดแทน การฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย หรือการฝึกปฏิบัติทักษะ การพยาบาลกับผู้ป่วยบริการหรือผู้ป่วยโดยตรง (นุชนาด ประภาศ, จิตติยา สมบัติบุรณ, และสุกัญญา ชันวิเศษ, 2562) อย่างไรก็ตาม การฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาล ในห้องปฏิบัติการพยาบาลหรือในสิ่งแวดล้อมที่เสมือนจริง ไม่ได้รับรองถึงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริง ในคลินิก (Wagner, Dolansky, & Englander, 2018) ในการเรียนการสอนนั้น อาจารย์พยาบาลอาจเห็นตัวอย่าง นักศึกษาที่ปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ที่เสมือนจริง ได้ดี แต่กลับปฏิบัติการในคลินิกได้ไม่ดี ดังนั้น การจัด คลินิกที่เสมือนจริงอาจไม่สามารถทดแทนสถานการณ์ ที่เป็นจริงในคลินิกอย่างแท้จริง เพราะการให้การพยาบาล ในสถานการณ์จริงไม่สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้น ในสิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อน (Franklin & Melville, 2015; Ten Cate, 2005) ในการจัดการเรียนการสอนยุคปัจจุบัน อาจารย์ผู้สอนได้ตระหนักถึงความท้าทายในการเตรียม ความพร้อมของนักศึกษาผ่านการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง เสมือนจริงจากห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ มีสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย หรือสามารถปฏิบัติ ทักษะการพยาบาลได้อย่างน่าเชื่อถือ (สภาการพยาบาล, 2564) รวมถึงได้กำหนดกรอบในการประเมินสมรรถนะ ของนักศึกษาในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลในคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะ วิชาชีพโดยไม่ต้องมีเทศหรือไม่ต้องกำกับ (EPAs) (สภาการพยาบาล, 2564; Ten Cate, 2005) จาก การทบทวนวรรณกรรม พบว่า EPAs ยังไม่ถูกนำมาใช้ ในการศึกษาพยาบาลของประเทศไทย แต่เป็นแนวคิด ริเริ่มในการนำมาใช้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรต้นแบบสภาการพยาบาล พ.ศ. 2564 (สภา การพยาบาล, 2564) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับแนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติ ทักษะวิชาชีพ ลักษณะเฉพาะของความไว้วางใจให้ปฏิบัติ ทักษะวิชาชีพในการศึกษาการพยาบาล การกำหนดกรอบ

ความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพของนักศึกษา พยาบาล และหลุมพรางเกี่ยวกับแนวคิดความไว้วางใจ ให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพในการศึกษาการพยาบาล เพื่อให้ผู้อ่านโดยเฉพาะอาจารย์พยาบาล เข้าใจแนวคิด ความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพ และนำมาใช้ในการจัดการศึกษาการพยาบาลให้มีคุณภาพในปัจจุบัน และในอนาคต

แนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพ

EPAs เป็นการมอบหมายงานตามความไว้วางใจ ให้ปฏิบัติงาน การใช้แนวคิด EPAs เป็นกรอบในการประเมิน การปฏิบัติทักษะวิชาชีพ เป็นแนวคิดใหม่ที่กำลังมี การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการระบุลักษณะเฉพาะ และความรับผิดชอบ และให้ความหมายของ EPAs ไว้ดังนี้ (Al-Moteri, 2020)

Entrust หมายถึง การมอบความรับผิดชอบ การมอบความไว้วางใจ

Entrustable หมายถึง ไว้วางใจได้ เชื่อมั่นได้

Professional หมายถึง ลักษณะของวิชาชีพ ที่มีจรรยาบรรณหรือมีมาตรฐานวิชาชีพ

Activity หมายถึง คุณภาพของกิจกรรม พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่มีความเฉพาะ

EPAs (Entrustable Professional Activities) จึงหมายถึง งานหรือความรับผิดชอบที่มอบหมายให้ ผู้ปฏิบัติที่มีสมรรถนะเพียงพอและสมรรถนะเฉพาะที่ สามารถทำได้โดยปราศจากการนิเทศ (Ten Cate & Young, 2012) EPAs ทางพยาบาลจึงเป็นทักษะ ที่พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ด้วยสมรรถนะที่ เพียงพอ (Van Loon, Driessen, Teunissen, & Scheele, 2014)

แนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพ (แนวคิด EPAs) ถูกสร้างขึ้นครั้งแรกโดย Ten Cate ในปี ค.ศ. 2005 (Ten Cate, 2005) โดยการเชื่อมโยง กับสมรรถนะและการปฏิบัติการในคลินิก แนวคิด EPAs ถูกนำมาใช้ในโรงเรียนแพทย์ (Franklin & Melville,

2015; Wagner et al., 2018) และถูกนำมาใช้มากขึ้นในต่างประเทศ เช่น สมาคมวิทยาลัยแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (American Association of Medical Colleges) (Englander et al., 2016) โรงเรียนแพทย์ในแคนาดา (Medical Schools in Canada) (Touchie & Boucher, 2016) และโรงเรียนพยาบาลได้นำมาใช้ในการเตรียมนักศึกษาพยาบาลก่อนสำเร็จการศึกษา (interns) ให้สามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่จำเป็นได้โดยปราศจากการนิเทศหรือกำกับ โดยการประเมิน EPAs จะประเมินสมรรถนะผ่านกิจกรรมหรือทักษะการพยาบาล ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจะถูกคาดหวังว่าสามารถปฏิบัติ การพยาบาลได้จริงในการปฏิบัติงานในคลินิก (Al-Moteri, 2020) ในทางการพยาบาลนั้น EPAs เป็นลักษณะเฉพาะของงานวิชาชีพที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติในแต่ละวัน ตามที่ได้รับมอบหมายและตามความรับผิดชอบ (Ten Cate, 2005) ทักษะการพยาบาลนี้มีทั้งง่ายและซับซ้อน ซึ่งพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนวิชาชีพแล้ว (registered nurse [RN]) ต้องประเมินและระบุการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของผู้ป่วยได้ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันภาวะสุขภาพที่จะทรุดลงได้ ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่ จะสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยกิจกรรมหรือทักษะการพยาบาลที่ง่าย ไม่ซับซ้อน แต่เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ แต่หากพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่ มี EPAs ที่เพียงพอจะถูกไว้วางใจให้ดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเล็กน้อยได้ เช่น การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (สภาการพยาบาล, 2564)

ปัจจุบัน สถานบริการสุขภาพและในชุมชนมีจำนวนผู้ป่วยและผู้ที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการพยาบาลวิชาชีพมีมากขึ้น การศึกษาทางการพยาบาล จึงมีความต้องการอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอน วิชาการพยาบาล เพื่อเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้มีสมรรถนะและให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย (สภาการพยาบาล, 2564) อาจารย์พยาบาลต้องทุ่มเทเพื่อส่งเสริมศักยภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยการส่งเสริม

ความสามารถในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลของนักศึกษาในคลินิก ตามมาตรฐานสมรรถนะวิชาชีพและสมรรถนะอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น สมรรถนะการสื่อสาร สมรรถนะการคิดวิเคราะห์ ซึ่งสมรรถนะเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นในระหว่างการฝึกปฏิบัติงาน (Al-Moteri, 2020) นอกจากนี้ อาจารย์พยาบาลยังตระหนักกว่าวิธีการเรียนการสอนได้ถูกแยกเป็นส่วนๆ และไม่สามารถวัดระดับสมรรถนะนักศึกษารายบุคคลได้ ซึ่งเป็นความจำเป็นในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย (task) ในคลินิก (El-Haddad, Damodaran, McNeil, & Hu, 2016; Franklin & Melville, 2015) เช่น ความสามารถในการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล ไม่ได้ทำให้ นักศึกษามีทักษะในการซักประวัติได้อย่างสมบูรณ์ แต่ทักษะการสื่อสารและทักษะการซักประวัติมีความจำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพ (Al-Moteri, 2020) จึงมีผู้นำแนวคิด EPAs มาใช้ในการปฏิบัติทักษะการพยาบาล และประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในคลินิกให้ดีขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิด EPAs ที่สำคัญในการเรียนการสอนด้านการปฏิบัติการพยาบาล คือ 1) ใช้เป็นกรอบการประเมินแบบรอบรอบ 2) ใช้วัดประเมินการปฏิบัติทักษะการพยาบาลตามเวลาที่ปฏิบัติจริง 3) ใช้ในการสังเกตหรือประเมินพฤติกรรมของนักศึกษาวนต่อวัน 4) ใช้ในการส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเชื่อมั่นว่านักศึกษาไม่สามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้อย่างอิสระ ต้องได้รับการนิเทศ ยกเว้นว่า จะมีสมรรถนะที่เพียงพอ 5) ใช้ในการส่งเสริมการประเมินของอาจารย์พยาบาลโดยเน้นที่ผลลัพธ์และกระบวนการเรียนการสอน และ 6) ใช้ในการส่งเสริมความเป็นอิสระในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ปราศจากการนิเทศหรือกำกับ (Al-Moteri, 2020)

สำหรับการศึกษาการพยาบาลในประเทศไทยนั้น สภาการพยาบาล (2564) ได้นำแนวคิด EPAs มาใช้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรต้นแบบ สภาการพยาบาล พ.ศ. 2564 ที่เน้นสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย หรือความสามารถในการปฏิบัติทักษะ

การพยาบาลได้อย่างน่าเชื่อถือ โดยคาดหวังให้มีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลตามระดับของ EPAs ตามเป้าหมายในการผลิตบัณฑิตพยาบาล

ลักษณะเฉพาะของความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพในการศึกษาการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า EPAs มีลักษณะเฉพาะ 3 ประการ ได้แก่ 1) การจำกัดจำนวนงานหรือภาระงาน 2) การประเมินที่สะท้อนถึงประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น และ 3) การยอมรับความรับผิดชอบและวัดประเมินได้ (Al-Moteri, 2020) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การจำกัดจำนวนงานหรือภาระงาน สำหรับกิจกรรมการพยาบาลที่มีลักษณะเฉพาะ กิจกรรมการพยาบาลไม่ใช่กิจกรรมที่จะสามารถบอกได้ว่าเป็น EPAs ได้ทั้งหมด กิจกรรมการพยาบาลที่สามารถระบุจำนวนภาระงานได้ เช่น การประเมินสัญญาณชีพ การให้ยา การทำแผล EPAs ที่สามารถไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้โดยอิสระโดยไม่ต้องมีผู้ดูแล ควรมีการจำกัดภาระงานและเป็นทักษะที่มีความสำคัญ ต้องการความรู้ ทักษะ และทักษะเฉพาะ ปฏิบัติการได้ภายในรอบเวลาที่กำหนด สามารถสังเกตและวัดได้ตามกระบวนการผลลัพธ์โดยอาจารย์ผู้สอน (Ten Cate, 2005, 2013) เช่น การประเมินสัญญาณชีพ การให้ยาทางกลัมน้ำ การดูแลความสะอาดผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาระงานการพยาบาลที่ปฏิบัติทุกวัน แต่การให้ยาทางกลัมน้ำเปรียบเทียบกับ การดูแลความสะอาดผู้ป่วยนั้น การให้ยาทางกลัมน้ำต้องใช้พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ และได้รับการฝึกทักษะจนมีความชำนาญเท่านั้น ส่วนการดูแลความสะอาดผู้ป่วยสามารถทำได้โดยผู้ช่วยพยาบาล ทั้งนี้ การให้ยาทางกลัมน้ำสามารถให้นักศึกษาพยาบาลทำได้ภายในรอบเวลาที่กำหนด คือ ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่เสมือนจริงมาก่อน และกำหนดระยะเวลาที่จะประเมินความสามารถในการให้ยาทางกลัมน้ำในสถานการณ์จริง ซึ่งอาจารย์พยาบาลและครูคลินิกจะต้อง

สามารถสังเกตได้ทั้งกระบวนการนិဿยาและผลลัพธ์การนិဿยาและแสดงให้เห็นว่าสามารถวัดและประเมินผลได้ (Al-Moteri, 2020)

2. การประเมินที่สะท้อนถึงประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น ความสำคัญของการประเมิน EPAs คือ ประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น (Dhaliwal, Gupta, & Singh, 2015; Hart et al., 2019; Holzhausen, Maaz, Renz, Bosch, & Peters, 2018) ประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นควรอยู่บนพื้นฐานของ 2 ส่วน คือ ภาระงานที่ปฏิบัติซ้ำ ๆ หรือการสะสมองค์ความรู้มานาน และเป็นภาระงานที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งประสบการณ์สามารถสังเกตได้จากการปฏิบัติและถูกประเมินได้โดยอาจารย์ผู้สอน เช่น นักศึกษาพยาบาลที่เปลี่ยนสถานะจากผู้ไม่มีประสบการณ์หรือจากผู้ไม่มีสมรรถนะเป็นผู้มีสมรรถนะนั้น อาจารย์ผู้สอนควรคาดหวังต่อการสังเกตประสบการณ์ที่เป็นไปอย่างซ้ำ ๆ ในภาระงานที่ยู่ยากซับซ้อน ในขณะที่ภาระงานที่ง่าย ๆ ปฏิบัติบ่อย ๆ ก็จะเกิดประสบการณ์ได้อย่างรวดเร็วกว่าภาระงานที่ซับซ้อนหรือนาน ๆ จะได้ปฏิบัติ การเพิ่มขึ้นของประสบการณ์จะสังเกตได้จากพฤติกรรม ซึ่งมีมาตรฐานในการประเมิน 5 ระดับ ที่สามารถสังเกตพฤติกรรมและประเมินได้ คือ 1) นักศึกษามีความรู้เท่านั้น ยังไม่สามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลเองทั้งหมดได้ 2) นักศึกษาสามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้ภายใต้การนิเทศทั้งหมด 3) นักศึกษาสามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้ภายใต้การนิเทศทั้งหมดแบบห่าง ๆ 4) นักศึกษาสามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้ภายใต้การนิเทศทั้งหมดตามคำฟังหรือโดยอิสระ และ 5) นักศึกษาสามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้โดยปราศจากการนิเทศทั้งหมดหรือสามารถนิเทศผู้อื่นได้ (Al-Moteri, 2020) อย่างไรก็ตาม ผู้สอนสามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีการกำกับตนเองในการเรียนรู้ได้โดยผ่านฝึกตนเองซ้ำ ๆ จะทำให้ผู้เรียนเป็นผู้ที่สามารถกำกับตนเองในการเรียนรู้ได้ จนสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้โดยอิสระ การกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ควบคุมการเรียนรู้ด้วยตนเองจะทำให้ผู้เรียนรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของทักษะการพยาบาลนั้น ๆ

ผู้เรียนจะได้ตระหนักถึงการปฏิบัติทักษะการพยาบาลนั้น หรือกำกับตนเองในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลนั้น จนสามารถทำได้โดยอิสระ นอกจากนี้ นักศึกษาที่สามารถ ปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้จนเกิดความสำเร็จได้ด้วยตนเอง จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และสะท้อนคิดได้จากการปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่ เพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลนั้นซ้ำ ๆ จนเกิด ความมั่นใจในการปฏิบัติด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีผู้กำกับ ดูแล (นุชนาถ ประภาส และคณะ, 2562)

3. การยอมรับความรับผิดชอบและการวัดประเมิน การงานและความรับผิดชอบถูกระบุในนิยามของ EPAs โดยจะเน้นบทบาทของอาจารย์ผู้สอน การงานจะถูก แบ่งออกระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับนักศึกษา การงาน ที่รับผิดชอบเป็นบทบาทเฉพาะของนักศึกษา อาจารย์ ผู้สอนจะเป็นผู้ประเมิน โดยระบุความพร้อมของนักศึกษา กับความไว้วางใจให้ปฏิบัติงานที่มอบหมาย งานนั้นจะ ต้องไว้วางใจให้นักศึกษาปฏิบัติได้และสามารถประเมิน การปฏิบัติงานของนักศึกษาได้ การประเมินทักษะ การพยาบาลต้องประเมินทั้งความรู้ ทักษะ ทักษะ และพฤติกรรม การตัดสินใจไว้วางใจให้ปฏิบัติงานอาจมี อาจารย์ผู้สอนร่วมกันตัดสินใจไว้วางใจให้ปฏิบัติงานได้ มากกว่า 1 คน เพื่อให้การตัดสินใจนั้นถูกต้อง และต้องมีรูปแบบหรือกระบวนการนิเทศที่ชัดเจน อาจารย์ผู้สอน อาจใช้ความเชื่อมั่นของนักศึกษาเป็นสัญญาณในการรับรู้ ถึงความสามารถของนักศึกษาในการประเมินร่วมกับ นักศึกษาที่สามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้จะต้อง อยู่ภายใต้การนิเทศเพียงเล็กน้อยเท่านั้น อาจารย์ผู้สอน ต้องมั่นใจว่านักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะ เชื่อสัจย์ ทรามข้อจำกัดของตนเอง และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติ ทักษะการพยาบาล (Al-Moteri, 2020) ซึ่งจากการศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจะมี เป้าหมายในการฝึกปฏิบัติที่ชัดเจนและประสบความสำเร็จ สามารถปฏิบัติหัตถการที่มีความซับซ้อนได้ดีกว่านักศึกษา ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (Lundberg, 2008)

การกำหนดกรอบความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพ ของนักศึกษาพยาบาล

เมื่อนักศึกษาใกล้สำเร็จการศึกษาจะมีหลายกิจกรรม การพยาบาลที่นักศึกษาพยาบาลถูกคาดหวังว่าจะสามารถ ปฏิบัติได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล ในช่วงการฝึกปฏิบัติ การพยาบาลแบบรวบยอดก่อนสำเร็จการศึกษา อาจารย์ พยาบาลจะพิจารณาความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะ การพยาบาลตามกรอบ EPAs โดยกำหนดกรอบ EPAs ตามขั้นตอนดังนี้ (Chen, McNamara, Teherani, Ten Cate, & O'Sullivan, 2016; Surjadi, Stringari-Murray, & Saxe, 2019; Ten Cate, 2016; Ten Cate & Young, 2012)

1. ระบุ EPAs หลักและทักษะการพยาบาลย่อย ๆ ทักษะการพยาบาลย่อย ๆ ทั้งหมดนี้จะถูกนำไปปฏิบัติ และแสดงถึง EPAs หลัก เช่น กำหนด EPAs หลัก เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ ทักษะที่นักศึกษาพยาบาล จะต้องปฏิบัติได้ในการประเมินภาวะสุขภาพที่เป็น EPAs หลัก คือ การซักประวัติและการตรวจร่างกาย ซึ่งเป็น EPAs ย่อยของการประเมินภาวะสุขภาพ ทักษะการซักประวัติ จะประกอบด้วย EPAs ย่อย คือ การประยุกต์ใช้ความรู้ และการสื่อสาร ส่วนทักษะการตรวจร่างกายจะประกอบด้วย EPAs ย่อย คือ การประเมินสัญญาณชีพ และเทคนิค การตรวจร่างกาย (Warm et al., 2014) สรุปการระบุ EPAs หลัก และ EPAs ย่อย เป็นดังนี้

- การประเมินภาวะสุขภาพ (EPAs 1) มี EPAs ย่อย คือ การซักประวัติ (EPAs 2) และการตรวจร่างกาย (EPAs 2)

- การซักประวัติ (EPAs 2) มี EPAs ย่อย คือ การประยุกต์ใช้ความรู้ (EPAs 3) และการสื่อสาร (EPAs 3)

- การตรวจร่างกาย (EPAs 2) มี EPAs ย่อย คือ การประเมินสัญญาณชีพ (EPAs 3) และเทคนิค การตรวจร่างกาย (EPAs 3)

2. กำหนดทักษะย่อยของ EPAs แต่ละทักษะ ซึ่งจะสอดคล้องกับสมรรถนะเฉพาะที่จะต้องสามารถ

ประเมินและวัดได้ระหว่างการปฏิบัติทักษะการพยาบาล เช่น การซักประวัติต้องมีความรู้ มีสมรรถนะการสื่อสารแบบวิชาชีพ การปฏิบัติทักษะการพยาบาล การคิดวิเคราะห์ และการให้เหตุผลทางคลินิก (Pangaro & Ten Cate, 2013) แต่ละสมรรถนะต้องมีรายละเอียดที่เป็นพฤติกรรม หรือมีหลักฐานที่ประเมินความก้าวหน้าของนักศึกษาได้

3. ประยุกต์ใช้ EPAs ในการประเมินการปฏิบัติทักษะการพยาบาล ทุก EPAs ต้องเป็นสมรรถนะที่เกิดขึ้นจริง และประกอบด้วยความคาดหวังต่อพฤติกรรมที่สังเกตได้ในบริบทที่เป็นจริง พิจารณาทักษะการพยาบาลที่จำเป็นที่พยาบาลสามารถทำได้หรือฝึกปฏิบัติได้ โดยระบุส่วนประกอบของ EPAs ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน (Ten Cate et al., 2015) คือ 1) กำหนดชื่อเรื่องหรือหัวเรื่อง ชื่อเรื่องควรสั้น ชัดเจน และเข้าใจง่าย เช่น ชื่อเรื่อง การตรวจร่างกายผู้ป่วย 2) กำหนดขอบเขตของกิจกรรมการปฏิบัติ เช่น ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิกาย ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (oxygen saturation) บอกเหตุผลของการตรวจและแจ้งผลการตรวจแต่ละกิจกรรมให้ผู้ป่วยทราบ แจ้งทีมสุขภาพให้รับทราบด้วยวาจา และบันทึกผลการตรวจในเอกสาร 3) กำหนดองค์ประกอบของสมรรถนะที่เกี่ยวข้อง เช่น ทักษะทาง การพยาบาล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการใช้เครื่องมือที่จำเป็น ทักษะการประสานงาน 4) กำหนดความรู้และสมรรถนะที่จำเป็น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาค และสรีรวิทยา ความรู้เกี่ยวกับการประเมินสัญญาณชีพ ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือในการประเมินสัญญาณชีพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะปกติและผิดปกติของผู้ป่วย และ 5) กำหนดวิธีการประเมิน EPAs

4. ประเมินระดับ EPAs ของนักศึกษาพยาบาล ควรใช้การประเมินด้วยการสอบ OSCE (objective structure clinical examination) ประเมินแต่ละขั้นตอน และเทคนิคการปฏิบัติทักษะการพยาบาล (procedure checklist) ตามขั้นตอนการปฏิบัติแต่ละทักษะ (logbook) ตามคู่มือการปฏิบัติในคลินิก (clinical practice portfolio)

การสังเกตการปฏิบัติทักษะการพยาบาลโดยตรง การใช้กรณีศึกษา หรืออื่นๆ ที่จะใช้ในการพิจารณาคัดสินถึงระดับความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะการพยาบาลตามแนวคิด EPAs (Al-Moteri, 2020) ซึ่งรายละเอียดของการปฏิบัติแต่ละทักษะจะต้องวัดและประเมินได้

5. สรุปความไว้วางใจในการปฏิบัติงาน ระดับการนิเทศที่ต้องการ ระดับการประเมินควรแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตามระดับของ EPAs (Ten Cate, 2016) โดยจะเริ่มจากการไม่อนุญาตให้ปฏิบัติทักษะการพยาบาลนั้นๆ จนถึงอนุญาตให้ปฏิบัติทักษะการพยาบาลนั้นได้อย่างสมบูรณ์โดยไม่ต้องมีการกำกับ ได้แก่ ระดับ 1 ไม่อนุญาตให้นักศึกษาปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ให้เป็นผู้สังเกตการณ์เท่านั้น ระดับ 2 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้ โดยยังต้องมีการนิเทศและการกำกับดูแลอย่างเต็มที่ ระดับ 3 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้โดยยังต้องมีการนิเทศ และการกำกับดูแลเมื่อต้องการ ระดับ 4 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีการนิเทศหรือการกำกับดูแล และ ระดับ 5 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้เอง และสามารถเป็นผู้นิเทศและกำกับดูแลผู้อื่นได้ ทุกระดับของ EPAs จะมีผลโดยตรงต่อผู้ปฏิบัติหรือนักศึกษาและต่อผู้รับบริการหรือผู้ป่วย แนวคิด EPAs จะเน้นที่ความปลอดภัยของผู้ป่วยในคลินิก การประเมินนักศึกษาว่าปฏิบัติทักษะการพยาบาลนั้นได้หรือไม่จึงดูที่ผลลัพธ์ คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Wagner et al., 2018) สำหรับการศึกษาการพยาบาลนั้น มูลนิธิพัฒนาการศึกษานุเคราะห์สุขภาพแห่งชาติ (2560) ได้กำหนดว่า สมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลด้านทักษะพิสัยตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป ถือว่าเป็น EPAs

6. ตัดสินความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะการพยาบาลนั้น สมรรถนะของนักศึกษาจะต้องเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะการพยาบาล หรือก่อนการตัดสินใจไว้วางใจว่าสามารถปฏิบัติการพยาบาลนั้นได้ (Pangaro & Ten Cate, 2013) โดยยอมรับในความปลอดภัยของผู้ป่วยกับงานที่มอบหมายให้ปฏิบัติด้วยความไว้วางใจ การมอบหมายงานให้นักศึกษานั้น อาจารย์ผู้สอนต้องไว้วางใจในการปฏิบัติงานและยอมรับความรับผิดชอบ

ของนักศึกษา ต้องมั่นใจว่านักศึกษาพยาบาลมีคุณลักษณะครบถ้วน (Chen et al., 2016) คือ 1) มีสมรรถนะที่ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เฉพาะ 2) มีวัตถุประสงค์การเรียนรู้และมีความซื่อสัตย์ 3) ปฏิบัติงานอย่างพิถีพิถันและแสดงพฤติกรรมที่คาดหวัง และ 4) เมื่อมีข้อจำกัดของความรู้ จะแสวงหาการช่วยเหลือเมื่อต้องการ

EPAs จึงเป็นแนวคิดที่จะส่งเสริมสมรรถนะด้านทักษะพิสัยของนักศึกษาพยาบาล และปรับปรุงคุณภาพการเรียนการสอนทางการพยาบาล คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Mulder, Ten Cate, Daalder, & Berkvens, 2010) การใช้แนวคิด EPAs ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลและการประเมินการปฏิบัติทักษะการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล มีเป้าหมายให้นักศึกษาได้รับความไว้วางใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้โดยปราศจากการนิเทศโดยตรง การนำแนวคิด EPAs มาใช้ในการประเมินสมรรถนะนักศึกษาจะผ่านกิจกรรมที่นักศึกษาพยาบาลถูกคาดหวังว่าปฏิบัติในคลินิกได้ในระดับที่สมบูรณ์เพียงพอหรือปราศจากการนิเทศ (Surjadi et al., 2019) ดังนั้น แนวทางการจัดการเรียนการสอนและการเตรียมผู้สอนในคลินิกและนักศึกษาพยาบาลจะต้องมีแนวทางและกำหนดบทบาทไว้อย่างชัดเจน อาจารย์ผู้สอนจะติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลจนได้ในระดับที่น่าพอใจ นักศึกษาต้องปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่ยอมรับสมรรถนะได้ อาจารย์ผู้สอนจะไว้วางใจในความสามารถของนักศึกษาในระดับที่ต้องนิเทศน้อยมากหรือไม่ต้องนิเทศเลย ตามระยะเวลาการปฏิบัติงานที่กำหนด ซึ่งอาจารย์ผู้สอนหรือผู้ประเมินจะต้องประเมินความก้าวหน้าหรือพัฒนาการของนักศึกษาตลอดภาคการศึกษา แนวคิด EPAs จึงสามารถใช้เป็นเป้าหมายในการประเมินของอาจารย์ผู้สอน การนำแนวคิด EPAs มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาการพยาบาล จึงน่าจะช่วยเพิ่มความเป็นอิสระและลดระดับการนิเทศของอาจารย์พยาบาล อย่างไรก็ตาม สถาบันการศึกษาพยาบาลของประเทศไทยยังไม่มี การนำแนวคิดนี้ไปใช้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ร่วมศึกษาวิจัยเบื้องต้นเรื่อง การกำหนดระดับ

ความไว้วางใจให้ปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับบัณฑิตพยาบาลใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาพยาบาล โดยสำรวจความคิดเห็นจากอาจารย์พยาบาล 8 สถาบันการศึกษาพยาบาล จำนวน 119 คน และพยาบาลพี่เลี้ยงที่ปฏิบัติงานในสถานบริการทุกระดับ ทุกสาขาการพยาบาล จำนวน 121 คน โดยประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของบัณฑิตพยาบาลใหม่ 147 กิจกรรม ที่สอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต กำหนดแต่ละกิจกรรมเป็น 5 ระดับ ตามระดับของ EPAs (Ten Cate, 2016) พบว่ามีกิจกรรมที่เป็น EPAs ระดับ 5, 4, 3 และ 2 จำนวน 41 กิจกรรม 83 กิจกรรม 22 กิจกรรม และ 1 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 27.89, 56.46, 14.97 และ .68 ตามลำดับ ไม่มีกิจกรรมใดที่ได้รับการประเมินว่าไม่ให้ลงมือปฏิบัติ ให้เพียงสังเกตหรือช่วยเหลือรอบนอก (EPAs ระดับ 1) รวมกิจกรรมที่ได้รับการประเมินว่าเป็นกิจกรรมที่ไว้วางใจให้บัณฑิตพยาบาลใหม่ลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีอาจารย์นิเทศหรืออาจารย์พี่เลี้ยง หรือมีเพียงดูอยู่ห่างๆ (EPAs ระดับ 4-5) จำนวน 124 กิจกรรม (ร้อยละ 84.35) ที่เหลืออีก 23 กิจกรรม (ร้อยละ 15.65) เป็นกิจกรรมที่ไว้วางใจให้ลงมือปฏิบัติแต่ต้องมีอาจารย์นิเทศคอยดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ส่วนกิจกรรมที่ได้รับการประเมินว่าเป็น EPAs ระดับ 5 มีเพียง 12 กิจกรรม โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นและเป็นการศึกษาครั้งแรกในประเทศไทย ที่ศึกษาการกำหนด EPAs สำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พิชญ์สินี มงคลศิริ และคณะ, 2564)

หลุมพรางเกี่ยวกับแนวคิดความไว้วางใจให้ปฏิบัติทักษะวิชาชีพในการศึกษาการพยาบาล

การทบทวนแนวคิด EPAs ประกอบด้วยนิยามลักษณะที่สำคัญต่อการประเมินสมรรถนะ เช่น EPAs การประเมินภาวะสุขภาพ จะประกอบด้วย EPAs ย่อยๆ คือ การตรวจร่างกาย ซึ่งต้องใช้ทักษะการตรวจร่างกายที่เหมาะสม ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยและ

ครอบครั้ว การใช้หลักการควบคุมการติดเชื้อ (Meyer, Chen, Uijtdehaage, Durning, & Maggio, 2019) ในกรณีที่อาจารย์พยาบาลถูกมอบหมายให้เป็นผู้ประเมิน การซักประวัติของนักศึกษาพยาบาลคนหนึ่ง แล้วอาจารย์ เชื่อมั่นและไว้วางใจว่านักศึกษาคนนี้จะสามารถปฏิบัติ การซักประวัติผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องสังเกตการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ อาจารย์ได้ตัดสินใจบนพื้นฐานความเชื่อมั่นที่ อาจารย์คิดว่านักศึกษาคนนี้จะได้รับคะแนนการสอบข้อเขียน ดี ดังนั้นจึงไม่ต้องประเมินการซักประวัติด้วยการสังเกต โดยตรง แม้ว่าการซักประวัติจะเป็นคุณลักษณะสำคัญ ของทักษะการพยาบาลก็ตาม ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว อาจารย์ผู้ประเมินจะไม่สามารถตัดสินเช่นนั้นได้ เพราะ การสอบข้อเขียนได้คะแนนดีไม่ได้หมายความว่านักศึกษา จะปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้ดี จนมีความไว้วางใจให้ ปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้โดยไม่ต้องนิเทศ นอกจากนี้ ทักษะบางอย่างไม่ได้แสดงว่าเป็น EPAs ของพยาบาล วิชาชีพ เช่น การเจาะเลือดเพื่อระบายสารคัดหลั่งใน เยื่อหุ้มปอดออก ทักษะนี้เป็นความรู้และทักษะเฉพาะ ของแพทย์ แม้พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญก็ไม่สามารถ ปฏิบัติทักษะนี้ได้ เนื่องจากไม่ใช่ EPAs ของพยาบาล วิชาชีพ ตามกรอบมาตรฐานและขอบเขตของวิชาชีพ พยาบาล (สภาการพยาบาล, 2564) จึงไม่สามารถนำมา ประเมินเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพได้

สรุป

สิ่งแวดล้อมในคลินิกเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยุ่งยาก และไม่สามารถทำนายหรือพยากรณ์ล่วงหน้าได้ การเตรียม นักศึกษาพยาบาลให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ การพยาบาลในสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมจริงนั้น อาจารย์ พยาบาลต้องแน่ใจว่านักศึกษามีสมรรถนะเพียงพอก่อน สำเร็จการศึกษา การนำแนวคิด EPAs มาใช้ในการเรียน การสอนด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำเป็นต้องมีการจำกัด ภาระงานตามสมรรถนะของนักศึกษา มีการประเมิน ที่สะท้อนถึงประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นของนักศึกษา มี การยอมรับความรับผิดชอบและการวัดประเมินตามระดับ

EPAs การกำหนด EPAs ต้องระบุ EPAs หลักและ EPAs ย่อยของแต่ละกิจกรรมการพยาบาล และการประเมิน EPAs ของนักศึกษา ต้องเป็นสมรรถนะที่เกิดขึ้นจริงใน คลินิก แนวคิด EPAs นี้ยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับการศึกษา การพยาบาล สาระในบทความนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นใน การทำความเข้าใจถึงลักษณะ EPAs ที่อาจารย์พยาบาล สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในการนิเทศงานในคลินิก และการประเมินสมรรถนะของนักศึกษาได้ ปัจจุบันยัง ไม่มีการบูรณาการ EPAs ในสถาบันการศึกษาการพยาบาล ใดในประเทศไทย จึงยังต้องมีการศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- นุชนาด ประภาส, จิตติยา สมบัติบุญ, และสุกัญญา ชันวิเศษ. (2562). การพัฒนารูปแบบการจัด การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริม การรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(1), 200–215.
- พิชญ์สินี มงคลศิริ, จุรีรัตน์ กิจสมพร, สตรีรัตน์ รัตตาคานต์, สวลี ทองวิเชียร, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, วชิร อมรโรจน์วรวุฒิ, ... ชนมนิภา ใจดี. (2564). การกำหนดระดับความไว้วางใจให้ปฏิบัติกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร บัณฑิต: การศึกษาเบื้องต้นในประเทศไทย. *วารสาร พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(1), 161–176.
- มูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *ข้อเสนอแนะการพัฒนาการจัดการศึกษาวิชาชีพ สุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อปฏิรูปสถาบันการศึกษา และการเรียนการสอน*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวง สาธารณสุข.
- สภาการพยาบาล. (2564). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต: หลักสูตรต้นแบบสภาการพยาบาล พ.ศ. 2564*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

- Al-Moteri, M. (2020). Entrustable professional activities in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(3), 277–284. doi:10.1016/j.ijnss.2020.06.009
- Chen, H. C., McNamara, M., Teherani, A., Ten Cate, O., & O’Sullivan, P. (2016). Developing entrustable professional activities for entry into clerkship. *Academic Medicine*, 91(2), 247–255. doi:10.1097/ACM.00000000000000988
- Dhaliwal, U., Gupta, P., & Singh, T. (2015). Entrustable professional activities: Teaching and assessing clinical competence. *Indian Pediatrics*, 52(7), 591–597. doi:10.1007/s13312-015-0681-3
- El-Haddad, C., Damodaran, A., McNeil, H. P., & Hu, W. (2016). The ABCs of entrustable professional activities: An overview of ‘entrustable professional activities’ in medical education. *International Medicine Journal*, 46(9), 1006–1010. doi:10.1111/imj.12914
- Englander, R., Flynn, T., Call, S., Carraccio, C., Cleary, L., Fulton, T. B., ... Aschenbrener, C. A. (2016). Toward defining the foundation of the MD degree: Core entrustable professional activities for entering residency. *Academic Medicine*, 91(10), 1352–1358. doi:10.1097/ACM.0000000000001204
- Franklin, N., & Melville, P. (2015). Competency assessment tools: An exploration of the pedagogical issues facing competency assessment for nurses in the clinical environment. *Collegian*, 22(1), 25–31. doi:10.1016/j.colegn.2013.10.005
- Hart, D., Franzen, D., Beeson, M., Bhat, R., Kulkarni, M., Thibodeau, L., ... Promes, S. (2019). Integration of entrustable professional activities with the milestones for emergency medicine residents. *Western Journal Emergency Medicine*, 20(1), 35–42. doi:10.5811/westjem.2018.11.38912
- Holzhausen, Y., Maaz, A., Renz, A., Bosch, J., & Peters, H. (2018). How to define core entrustable professional activities for entry into residency?. *BMC Medical Education*, 18(1), 87. doi:10.1186/s12909-018-1159-5
- Lundberg, K. M. (2008). Promoting self-confidence in clinical nursing students. *Nurse Educator*, 33(2), 86–89. doi:10.1097/01.NNE.0000299512.78270.d0
- Meyer, E. G., Chen, H. C., Uijtdehaage, S., Durning, S. J., & Maggio, L. A. (2019). Scoping review of entrustable professional activities in undergraduate medical education. *Academic Medicine*, 94(7), 1040–1049. doi:10.1097/ACM.0000000000002735
- Mulder, H., Ten Cate, O., Daalder, R., & Berkvens, J. (2010). Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: The case of physician assistant training. *Medical Teacher*, 32(10), 453–459. doi:10.3109/0142159X.2010.513719

- Pangaro, L., & Ten Cate, O. (2013). Frameworks for learner assessment in medicine: AMEE Guide No. 78. *Medical Teacher*, 35(6), 1197–1210. doi:10.3109/0142159X.2013.788789
- Surjadi, M., Stringari-Murray, S., & Saxe, J. M. (2019). Entrustable professional activities in nurse practitioner education. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(5), 97–102. doi:10.1016/J.NURPRA.2018.12.030
- Ten Cate, O. (2005). Entrustability of professional activities and competency-based training. *Medical Education*, 39(12), 1176–1177. doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x
- Ten Cate, O. (2013). Nuts and bolts of entrustable professional activities. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(1), 157–158. doi:10.4300/JGME-D-12-00380.1
- Ten Cate, O. (2016). Entrustment as assessment: Recognizing the ability, the right, and the duty to act. *Journal of Graduate Medical Education*, 8(2), 261–262. doi:10.4300/JGME-D-16-00097.1
- Ten Cate, O., & Young, J. Q. (2012). The patient handover as an entrustable professional activity: Adding meaning in teaching and practice. *BMJ Quality & Safety*, 21(Suppl. 1), 9–12. doi:10.1136/bmjqs-2012-001213
- Ten Cate, O., Chen, H. C., Hoff, R. G., Peters, H., Bok, H., & Van der Schaaf, M. (2015). Curriculum development for the workplace using entrustable professional activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Medical Teacher*, 37(11), 983–1002. doi:10.3109/0142159X.2015.1060308
- Touchie, C., & Boucher, A. (2016). *Entrustable professional activities for the transition from medical school to residency*. Ottawa: The Association of Faculties of Medicine of Canada.
- Van Loon, K. A., Driessen, E. W., Teunissen, P. W., & Scheele, F. (2014). Experiences with EPAs, potential benefits and pitfalls. *Medical Teacher*, 36(8), 698–702. doi:10.3109/0142159X.2014.909588
- Wagner, L. M., Dolansky, M. A., & Englander, R. (2018). Entrustable professional activities for quality and patient safety. *Nursing Outlook*, 66(3), 237–243. doi:10.1016/j.outlook.2017.11.001
- Warm, E. J., Mathis, B. R., Held, J. D., Pai, S., Tolentino, J., Ashbrook, L., ... Mueller, C. (2014). Entrustment and mapping of observable practice activities for resident assessment. *Journal of General Internal Medicine*, 29(8), 1177–1182. doi:10.1007/s11606-014-2801-5

ขอบคุณโอกาสที่ได้เรียนพยาบาล Many Thanks for the Opportunity to Study Nursing

รุ่งอรุณ ศีกสงคราม, พย.บ. ¹

Rung-arun Sueksongkram, B.N.S. ¹

Received: May 8, 2022 Revised: May 10, 2022 Accepted: May 11, 2022

จากเด็กบ้านนอกคนหนึ่งที่ยากจน ในชีวิตหวังเพียงแค่ได้เรียน เพราะคิดว่าการเรียนจะสร้างโอกาสหลายๆ อย่างให้กับตัวเราเอง เรียนอะไรก็ได้แต่ขอแค่ให้ได้เรียน ตอนนั้นไม่ได้ชอบที่จะเรียนพยาบาลหรือตั้งใจมาเรียนพยาบาลตั้งแต่ต้น เป็นคนค่อนข้างที่จะไม่สนใจเกี่ยวกับอาชีพทางด้านสุขภาพเหล่านี้เลย ในตอนที่สมัครเรียนนั้น มาสมัครโดยที่ไม่ได้บอกพ่อก่อน เพราะถ้าท่านทราบเรื่อง ท่านจะไม่ให้มา ท่านให้เหตุผลว่าไม่มีเงินส่งเรียน “พ่อจะเอาเงินมาจากที่ไหนส่งเรียน คงต้องขายบ้านส่งเรียนนะ” ในตอนนั้นตัวเรารู้สึกเพียงแค่ว่าอยากเรียน ถึงอย่างไรก็ต้องมาเรียนให้ได้ เหมือนเป็นคนที่ดีร้อนมาก แต่จริง ๆ เราแค่มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าเราต้องได้เรียนแค่นั้นเอง ส่วนเรื่องหาเงินค่อยคิดทีหลังว่าจะหาเงินมาจากที่ไหน วันที่มาสัมภาษณ์มากับเพื่อนอีก 1 คน เป็นเพื่อนสนิทจากโรงเรียนเดียวกัน พอเข้าห้องสัมภาษณ์ได้มีโอกาสเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับแม่เมื่อได้พูดถึงเรื่องการจากไปของผู้เป็นแม่ก็ทำให้น้ำตาไหลออกมาอาบแก้มอย่างห้ามไม่อยู่ ในขณะที่เราก้มหน้าเอามือเช็ดน้ำตา ท่ามกลางความเงิบของคนที่ในห้องสัมภาษณ์ ก็ได้ยินเสียงเปิดประตูออกจากห้องของ

อาจารย์ท่านหนึ่ง สักพักก็ได้ยินเสียงเปิดประตูเข้ามาพร้อมกับมองเห็นเท้าของคนคนหนึ่งผ่านม่านน้ำตาที่ไหลเอ่อล้นอยู่เต็มดวงตา ที่ไม่มีทีท่าว่าจะหยุดไหลเลยและอยู่ ๆ ก็มีมือที่หยิบยื่นกระดาษเช็ดน้ำตามาให้ ในตอนนั้นรู้สึกอบอุ่นในหัวใจ เป็นครั้งแรกที่เราได้รับความเอาใจใส่จากคนอื่นที่ไม่ได้รู้จักกันมาก่อน แต่เขากลับเข้าใจและหยิบยื่นความห่วงใยมาให้ ผ่านการกระทำที่แม้ไม่มีคำพูดใดๆ ปลอบใจ ก็ทำให้รู้สึกถึงสิ่งเหล่านั้นได้ เมื่อวันประกาศผลการสอบสัมภาษณ์มาถึง ปรากฏว่ามีชื่อ รุ่งอรุณ ศีกสงคราม อยู่ในนั้น ในใจรู้สึกดีใจอย่างบอกไม่ถูก อยากจะนำเรื่องราวเหล่านี้ไปบอกให้ผู้เป็นพ่อได้รับรู้ว่า ลูกสาวพ่อได้มีโอกาสเข้าเรียนพยาบาลในฐานะทุนอาจารย์แล้วนะ แต่เมื่อได้บอกออกไป สิ่งที่เกิดขึ้นก็เป็นอย่างที่เรารู้ว่า ท่านพูดเพียงว่า “เหอ” แล้วยิ้มในแวตาทของท่านไม่มีความดีใจเลยสักนิด สังเกตเห็นเพียงแวตาทที่มีความกังวลเต็มไปหมด ภาพเหตุการณ์นั้นยังคงติดตาจนถึงทุกวันนี้ เหมือนเป็นบาดแผลในใจที่แม้จะรักษาอย่างไรก็คงจะไม่มียาหาย และทุกครั้งที่นึกถึงเรื่องราวเหล่านั้นก็ยังคงทำให้มีความรู้สึกเสียใจอย่างบอกไม่ถูกเช่นกัน เหมือนว่าหัวใจเรากำลังร้องไห้

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Prabodomarajchanok Institute,
E-mail: rungarunrungring2@gmail.com

ให้เราฟังอย่างไอย่างนั้น

หลังจากนั้นเรื่องที่ยากลำบากก็มาถึง เพราะต้องหาเงินสำหรับจ่ายค่าลงทะเบียนเรียนและต้องจ่ายภายใน 4 วันข้างหน้า ตอนนั้นทราบคืออยู่แล้วว่าพ่อคงไม่มีเงินให้แน่ ๆ เพราะรายรับรายจ่ายของที่บ้าน ตัวเราเองทราบคืออยู่แล้ว และคงไม่บอกเรื่องที่ต้องใช้เงินนี้กับพ่อแน่นอน เหตุผลหนึ่งคือไม่อยากให้ท่านเครียดเกี่ยวกับเรื่องของเรา อีกหนึ่งอย่างก็คือคิดว่าเราอยากเรียนเอง เราสร้างปัญหาเอง เราก็ต้องแก้เอง จึงมีคำถามเกิดขึ้นมาในความคิด จะยืมใครดี ญาติพี่น้องก็ไม่มีใครที่พอจะหยิบยืมได้เช่นกัน เพราะคงไม่มีเหมือนกัน แต่ในความโชคร้ายก็ยังมีความโชคดีผสมอยู่ในนั้น เมื่อครูที่ปรึกษาเรียกไปคุยเรื่องความคืบหน้าของการสมัครเรียน เพราะเห็นผ่านโซเชียลว่ามีชื่อรุ่นอยู่在那นั้น เป็นเพราะความบังเอิญหรืออาจเป็นเพราะความโชคดี เพราะจังหวะเหมาะสมมาก เนื่องด้วยตอนนั้นมีรุ่นพี่มาคืนเงินที่เคยยืมจากโรงเรียนในกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษาต่อเป็นเงินจำนวนหนึ่งที่เพียงพอสำหรับให้เราได้ก้าวต่อไป แต่ปัญหายังคงไม่หมดไปเพราะการจะยืมเงินได้นั้นต้องมีผู้ค้ำประกัน เป็นพ่อหรือก็คงไม่ได้แน่นอน เพราะท่านไม่เพียงไม่เห็นด้วย แต่ท่านก็คงจะห้ามไม่ให้เรียนอีกตามเคย ดังนั้นจึงเหลือเพียงคนเดียวที่พอจะทำให้โอกาสที่เราได้รับนี้ได้สานต่อ นั่นก็คือป้า พี่สาวของพ่อที่เชื่อมั่นในตัวเราว่าเราจะผ่านเรื่องราวเหล่านี้ไปได้ เงินจำนวนหนึ่งหมื่นห้าพันบาทถูกโอนเข้าบัญชีธนาคารเรียบร้อย สถานีต่อไปคือ จะทำอย่างไรที่จะจ่ายเงินค่าลงทะเบียนเรียนได้ เพราะกำหนดจ่ายให้จ่ายภายในวันเสาร์และอาทิตย์ของสัปดาห์นี้เท่านั้น เหมือนมีอะไรคลอใจ เพราะช่วงเวลานั้นเป็นช่วงสิ้นเดือน คนวัยทำงานพอมีเงินเดือนก็จะมีโอกาสกลับมาเยี่ยมคนที่อยู่บ้าน พี่ที่เป็นลูกพี่ลูกน้องที่สนิทกันกลับมาเยี่ยมแม่ของเขาที่บ้านในวันเสาร์ ซึ่งก็คือป้าคนที่เราพาไปเป็นคนที่ค้ำประกันในการกู้เงินโดยไม่บอกใครนั่นเอง ได้โอกาสเพราะบ้านพี่เขาอยู่ในเมือง ง่ายต่อการจ่ายเงินค่าเรียน เพราะถ้าจะให้ตัวเราไปจ่ายเองก็คงจะลำบากหลายคน เพราะบ้าน

อยู่ไกลจากตัวเมืองและห้างสรรพสินค้าเหลือเกิน ค่าใช้จ่ายคงต้องเยอะมากแน่ ๆ เราต้องตามไปเพื่อจ่ายเงินค่าลงทะเบียนเรียนในห้างสรรพสินค้าใกล้บ้านพี่เขา ความรู้สึกตอนกดเงินออกมาในมือของเรา ดีใจที่ได้รับโอกาสในการต่ออนาคต สานต่อความตั้งใจของตัวเองให้เป็นจริง จ่ายเงินเรียบร้อย สมายใจไปอีกหนึ่ง ต่อไปคงต้องหาเงินเพิ่มเพื่อเข้าเรียน ซื้อเครื่องแบบนักศึกษา ซื้อของใช้จำเป็นเข้าหอ ย้ายมาเรียน และรับน้อง ในวันรายงานตัว คงต้องใช้เงินมากพอสมควร ในช่วงที่ยังไม่ถึงวันรายงานตัวเป็นนักศึกษา ก็หางานทำที่ระยอง แถวบ้านพี่สาว จักรยานไป-กลับ เพราะระยะทางก็ไม่ไกลมากมายนัก นับเป็นโอกาสที่เราจะได้สะดวกในการไปทำงานหาเงิน ช่วงนั้นเป็นช่วงที่ลำบากของชีวิต เวลาคือสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับตัวเราเองที่ต้องหาเงินให้พอใช้จ่ายสำหรับค่าต่าง ๆ ในวันรายงานตัวที่จะมาถึงในอีก 2 เดือนข้างหน้า เลยทำให้ต้องทำงาน 2 ที่ เข้าทำงานที่หนึ่ง เย็นทำงานอีกที่หนึ่ง แทบจะไม่มีเวลาได้พักผ่อน ตอนนั้นคิดคำว่า “อดทนสิ เดียวก็ผ่านไปได้ เรื่องแค่นี้เอง คนที่บ้านรอเราอยู่นะ” บางครั้งพูดไปอ้อมไป บางคราวพูดไปร้องไห้ไป เป็นความรู้สึกที่ยากจะอธิบาย แต่เป็นเพราะค่าเหล่านี้จึงทำให้ผ่านเรื่องที่ยากลำบากในหลาย ๆ ครามาได้ อาจเป็นคำที่ธรรมดาสำหรับใครหลาย ๆ คน แต่เพราะมีความคิดแบบนี้มาตั้งแต่ตอนนั้น จนถึงตอนนี้ก็ยังใช้คำเดิม จึงทำให้เป็นคำที่ส่งเราจนถึงจุดนี้ได้

ในวันที่มารายงานตัว วันนั้นหอบเงินจำนวนสองหมื่นบาท ซึ่งเป็นเงินเก็บก้อนสุดท้ายที่หามาได้ ในตอนนั้น มาใช้จ่ายซื้อของและเก็บไว้ใช้ให้ครบหนึ่งเดือน ก่อนที่พ่อจะส่งเงินมาให้ หรือก่อนที่เงินจากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) จะเข้าบัญชี ช่วงนั้นเป็นช่วงที่ต้องประหยัดมาก ๆ อาหารที่พอประทังชีวิตได้ในแต่ละวันก็เห็นจะเป็นแต่บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่ซื้อตุนไว้ตอนเข้าหอพัก เป็นเรื่องที่ไม่เคยคิดเลยว่าตนเองจะผ่านช่วงเวลาเหล่านั้นมาได้ พัดลม คือสิ่งจำเป็นที่เด็กหอต้องมีมาใช้เป็นของตัวเองอย่างน้อยคนละ 1 ตัว

แต่ตอนนั้นเงินไม่พอสำหรับซื้อพัดลม ที่บ้านก็ไม่ต้อง พุดถึง เพราะมีไม่พอใช้เช่นกัน จึงไม่สามารถหยิบมาใช้ ที่หอพักได้ บางวันจึงต้องทนร้อน อาศัยอาบน้ำเพื่อ คลายความร้อนหรือรัศมีพัดลมจากเพื่อนที่นอนฝั่ง ตรงข้ามกัน หรือแรงลมที่พัดแผ่วมาจากพัดลมกลางห้อง ช่วงแรก ๆ ไม่มีจึงต้องอดทนเป็นอย่างมาก แต่ก็ไม่ได้ น้อยใจชีวิตตัวเองมากนัก เพราะคิดว่าแค่ได้เรียน ได้มี โอกาสศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นก็ดีแค่นั้นแล้ว

หลังจากผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากตอนปี 1 มาได้ เมื่อเข้าปีที่ 2 เหมือนมีบางอย่างเข้ามาเล่นตลกกับชีวิต ในช่วงที่ตัวเองมีเงินไม่พอใช้ เป็นจังหวะเดียวกัน กับที่ผู้เป็นพ่อมีการเจ็บป่วยแบบกะทันหัน ต้อง admit ที่โรงพยาบาลแกลงแวงและถูกส่งตัวมารับการรักษา ต่อที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า เนื่องจากอาการรุนแรง มากขึ้น เมื่อได้รับข่าวจากญาติ ตัวเราเองจึงออกมารอรับ พ่อที่หน้าประตูห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ในใจตอนนั้นคิดไปต่าง ๆ นานา ว่าพ่อต้องอาการหนัก แน่เลยจนต้องมาถึงที่นี่ เหมือนมีอะไรมาทิ่มแทงที่ หัวใจจนทำให้รู้สึกเจ็บจี๊ดขึ้นมาอย่างห้ามไม่อยู่ ความกลัว เริ่มเข้ามา กลัวท่านไม่อยู่กับเรา กลัวว่าท่านจะจากไป แล้วทิ้งเราไว้คนเดียวอย่างที่แม่เคยทำ ในใจตอนนั้น ไม่อยากให้มันเป็นแบบที่เราคิดเลย กลัว กลัวไปหมด เมื่อรอ refer ของโรงพยาบาลแกลงแวงมาถึง เจ้าหน้าที่ เปิดประตูท้ายรถและเห็นคนไข้ออกมา จำได้ทันทีว่า เป็นพ่อของตัวเอง เป็นช่วงเวลาที่บีบหัวใจเป็นอย่างมาก ตอนนั้นเกิดอาการปวดหัวและร้องไห้ออกมาอย่างห้าม ไม่อยู่ ทั้ง ๆ ที่ตอนแรกคิดไว้แล้วว่าจะไม่ให้พ่อเห็นน้ำตา ของเราเป็นอันขาด แต่สุดท้ายก็ทำไม่ได้... ภาพตอนนั้น ยังคงติดตา เป็นภาพที่ท่านพยายามหายใจอย่างยากลำบาก หอบจนตัวโยน และพยายามพูดเพื่อปลอบใจเราจาก การอ่านปากและการส่งสายตาว่า “พ่อไม่เป็นไร” นาฬิกานั้น รู้สึกได้ว่าน้ำตาดังที่วิ่งออกมาขึ้นราวกับเพื่อนตก ก็ไม่ปาน ไม่เคยคิดเลยว่าจะต้องมาเห็นภาพของคนใกล้ชิด ที่เราไม่เคยเห็นท่านป่วยในรูปแบบที่แย่งขนาดนี้ กระบวนการรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็วและทันการณ์

พ่อต้องเข้ารับการรักษาดัวเป็นเวลาหลายวัน ครอบครัว มีกันอยู่ 2 คน พ่อถูกในช่วงนั้น จึงหันไปหาโครมา เป็นที่พึ่งไม่ค่อยได้ ในเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ค่ายารักษา ค่าอยู่ ค่ากินต่าง ๆ แต่ในเรื่องร้าย ๆ ก็ยังมีเรื่องดี ๆ เข้ามา อยู่เสมอ เพราะป้า พี่สาวของพ่อ เห็นว่าเราก่อนข้างกังวล ในเรื่องการเจ็บป่วยของพ่อ จึงอาสาเป็นคนเฝ้าไข้ และ ดูแลพ่อตลอดการเจ็บป่วย จนตัวป้าเองต้องนอน โรงพยาบาลด้วยเหตุเพราะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ตอนนั้นเราจึงต้องดูแลทั้งพ่อและป้าไปพร้อม ๆ กัน เงินเก็บที่พ่อมียังคงหมดไปกับค่าต่าง ๆ ที่มาพร้อม ๆ กัน ในช่วงนั้น ช่วงจังหวะชีวิตเป็นสิ่งที่ตัวเองไม่เคย คิดมาก่อนว่าสิ่งเหล่านี้จะเป็นจริงขึ้นมา ในช่วงที่เรา ลำบากที่สุด เป็นห่วงพ่อและป้ามากที่สุด ก็มีมือจาก ท่านผู้อุปการะที่คอยช่วยเหลือโทรมาถามไถ่ถึงความเป็นไป และถามความต้องการว่าอยากให้ช่วยในรูปแบบไหน กอปรกับถามเรื่องค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน ท่านจึงจัดแจง ส่งเรื่องผ่านมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทยว่าจะส่งเงิน สำหรับค่าอยู่ ค่ากิน ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันทุกเดือน เดือนละสามพันบาท ตอนนั้นรู้สึกขอบคุณท่าน และ หายกังวลไปอีกหนึ่งขั้นที่ตัวเองยังพ่มีโอกาสได้เรียน ต่อไป เรื่องค่าใช้จ่ายอื่นของพ่อที่ต้องเข้าโรงพยาบาล เป็นความโชคดีของเราที่ได้รับความห่วงใยจากอาจารย์ ที่ปรึกษา ไปเยี่ยมพ่อและให้เงินมาจำนวนหนึ่งสำหรับ ซื้อของเยี่ยม และเก็บไว้ใช้จ่ายอื่น ๆ ที่จำเป็น เรื่องการ เจ็บป่วยของพ่อไปถึงผู้อำนวยการผ่านการบอกเล่า ของอาจารย์ที่ปรึกษา ท่านจึงให้ไปติดต่อกับน้องสาว ของท่านที่บ้านอยู่แกลงแวงและไปให้เขาเห็นหน้า เพื่อจะช่วยเหลือได้บ้าง เขาอาจให้ทุนการศึกษาอีก ตอนนั้น ตัวเราเองก็ได้บอกท่านไปว่า ได้รับทุนมามากมายแล้ว ให้ท่านติดต่อให้คนที่ยังไม่เคยได้รับหรือคนที่เขาลำบาก มากกว่าตัวเราเอง แต่จนแล้วจนรอด เมื่อผู้ใหญ่แนะนำ ให้ทำอะไร เราก็ควรทำตาม เพราะท่านคงจะหวังดีกับเรา วันที่พ่ออาการเริ่มดีขึ้น เราก็พาพ่อกลับไปสังเกตอาการ ต่อที่โรงพยาบาลแกลงแวง ส่งพ่อเสร็จ ก็มีโอกาสดู ได้เดินเข้าไปหาน้องสาวของผู้บริหารที่บ้าน เพื่อไป

ช่วยงานเล็กๆ น้อยๆ หรือทำงานบ้าน หรือช่วยคนงานของท่านเติมน้ำมันที่ปั๊ม ทำเพียงแค่ว่าอยากทำ และลาท่านเพราะต้องกลับไปดูแลพ่อต่อ ท่านจึงถามเรื่องความเป็นไป จึงมีโอกาสเล่าให้ท่านฟังเรื่องอาการของพ่อในช่วงนั้น ก่อนกลับ ในระหว่างที่ตัวเราเข้าไปในบ้านเพื่อกราบลาแม่ของท่าน น้องสาวของผู้อำนวยการก็เดินเข้ามาพร้อมยื่นเงินจำนวนหนึ่งให้แม่ของท่าน พร้อมบอกกับแม่ว่า “เงินค่าเรียนหนังสือของลูกสาว” เราก็มลงกราบและรับเงินมาตามที่ท่านพยักหน้าให้รับ คิดในใจว่า บุญคุณนี้เราจะไม่มีวันลืม และจะกลับมาตอบแทนอย่างแน่นอนค่ะ รวมถึงผู้อำนวยการด้วยเช่นกัน และตอบแทนทุกคนที่ผลักดันให้เรามายืนอยู่

ตรงจุดนี้ได้ เมื่อกลับมาหาพ่อที่รออยู่ในโรงพยาบาล และบอกเรื่องราวที่เรามีโอกาสได้ไปทำมา ท่านก็ยิ้มดีใจ แล้วบอกว่า “เป็นบุญของเราละ” เราทำได้เพียงพยักหน้าเห็นด้วยโดยไม่พูดอะไร แล้วคิดในใจว่า นี่อาจเป็นจังหวะชีวิตที่ถูกลิขิตมาให้ได้มีโอกาสพบเจอแต่คนดี ๆ ก็ได้ละค่ะ โอกาสที่ทำให้ได้เข้าเรียนพยาบาล โอกาสที่ทำให้ได้พบเจอเรื่องราวที่เป็นอุปสรรคชีวิต พบเจอความช่วยเหลือจากใครหลายๆ คน ที่ทำให้ชีวิตก้าวผ่านช่วงเวลาเหล่านั้นมาได้ และพบเจอแต่เรื่องดี ๆ อย่างเช่นในทุกวันนี้ แล้วสักวันเราจะเป็นคนนั้น คนที่มีโอกาสได้ให้โอกาสกับคนอื่น อย่างที่ตัวเราเองเคยได้รับมา ขอให้คำสัญญา

